

Ámbito temático 8. Marco jurídico para los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de alternativas de vida en comunidad y de base familiar

Personas Mayores

Fernando Flores Giménez
Universidad de Valencia

Fabiola Meco Tébar
Universidad de Valencia

María Dalli
Universidad de Valencia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1.- MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y EUROPEO	4
1.1.- NACIONES UNIDAS.....	4
1.2.- EUROPA	5
1.3.- AMÉRICA LATINA	6
1.4.- DERECHO COMPARADO	7
1.4.1.- Reino Unido	8
1.4.2.- Países Bajos.....	11
1.4.3.- Noruega (el modelo nórdico).....	14
1.4.4.- Suecia (el modelo nórdico)	15
1.4.5.- Dinamarca (el modelo nórdico).....	17
1.4.6.- Suiza	18
1.4.7.- Alemania	19
1.4.8.- Portugal (el modelo mediterráneo).....	20
2.- MARCO NORMATIVO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN VIGENTE EN ESPAÑA.....	22
2.1.- ÁMBITO ESTATAL.....	22
2.2.- ÁMBITO AUTONÓMICO.....	26
2.2.1.- Una mirada Comunidad Autónoma por Comunidad Autónoma	27
2.2.2.- Una mirada desde los criterios de desinstitucionalización	41
2.3.- ÁMBITO LOCAL	58
2.4.- JURISPRUDENCIA	61
3.- NORMATIVA QUE IMPIDE O DIFICULTA LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y LAS ALTERNATIVAS DE VIDA INDEPENDIENTE.....	64
INTRODUCCIÓN	64
3.1.- NORMATIVA INTERNACIONAL Y EUROPEA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN.....	65
3.1.1.- Naciones Unidas.....	65
3.1.2.- Europa	65
3.2.- NORMATIVA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN ESPAÑA	66
3.2.1.- Ámbito estatal.....	66
3.2.2.- Ámbito autonómico.....	73
3.2.3.- Ámbito local	76
4.- PROPUESTAS NORMATIVAS.....	77
4.1.- ÁMBITO INTERNACIONAL	77
4.2.- ÁMBITO ESTATAL.....	79
4.3.- ÁMBITO AUTONÓMICO.....	80
4.4.- ÁMBITO LOCAL	80
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80

Introducción

Si pensamos que institución es aquella organización que desempeña una función normalmente de interés público, entonces *desinstitucionalización* quizás no sea la palabra más adecuada para describir y resolver lo que se pretende con este estudio. El interés público, junto a la complejidad de organizar socialmente un tema como el que es objeto de este trabajo —los cuidados de las personas mayores—, requiere *institucionalizar* las acciones que lo aborden.

Sin embargo, al utilizar aquí el término *institucionalización* nos estamos refiriendo a una ‘desviación’ del correcto cumplimiento de esa función, a saber, al hecho o proceso en virtud del cual la organización se convierte en un fin en sí misma (ley de hierro de toda organización que se mantiene en el tiempo), por encima de los objetivos que pretende.

En nuestro caso el objetivo que pretende el ámbito que abordamos —el modelo de cuidados— es la persona mayor. En concreto y fundamentalmente el objetivo es mantener su autonomía e independencia en situaciones de vulnerabilidad, es decir, mantener su consideración plena como sujeto de derechos y, por tanto, mantener su dignidad intacta. De este modo, al hablar de desinstitucionalizar nos referimos a todas aquellas acciones y decisiones que se dirigen a desactivar aquello que pone por delante a la organización, dejando en un segundo plano a la persona, y a aquellas otras que sitúan a estas, a su atención integral, en el centro de su quehacer.

El Derecho juega una función muy importante en la construcción del modelo de cuidados que reciben las personas mayores. El ordenamiento jurídico es el instrumento que organiza y da seguridad jurídica a las estructuras y acciones de los poderes públicos que establecen el modelo, y protege y garantiza las aspiraciones, los derechos, de las personas que lo utilizan.

El mundo jurídico que nos interesa se despliega a varios niveles, en el ámbito internacional, el regional, el comparado y el nacional. Todos ellos tienen interés, pues en la actualidad existe un proceso global dirigido a transformar (o crear) un modelo de cuidados que sitúe a la persona en el centro, con algunos (pocos) países en vanguardia y otros que paso a paso van siguiendo sus pasos, entre ellos España. Este documento va a describir y comentar la normativa que de forma directa e indirecta afecta a la configuración jurídica de la institucionalización y desinstitucionalización de las personas mayores y sus cuidados, en sus distintos niveles pero mostrando especial atención al caso español, fundamentalmente al ámbito autonómico, que es el que concentra las competencias más relevantes al respecto.

1.- Marco normativo internacional y europeo

1.1.- Naciones unidas

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. No existe por tanto norma de referencia que reconozca y profundice en las diferencias que las personas mayores presentan en materia de derechos humanos respecto a otros colectivos o grupos en situación de vulnerabilidad. La importancia de un instrumento específico redundaría en el efectivo disfrute de derechos y el acceso igualitario a los mismos por parte de este grupo etario¹. 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.

No obstante, a pesar de esta carencia, existen algunos instrumentos jurídicos que pueden ser considerados, tanto en el ámbito universal como en el regional. En el primero, nos encontramos con los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991. Se trata de un conjunto genérico de principios que se exhortaba a los gobiernos a incorporar en sus programas nacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Si bien no se contiene en ellos referencias expresas a la desinstitucionalización, sí contiene algunas manifestaciones concretas de estos principios que los convierten en norma de referencia. Así sucede con la concreción de la independencia que incide en la persona pueda (deba) residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible; o de la participación cuando apunta a la necesidad de que la persona se encuentre integrada en la sociedad; o, por último, las manifestaciones de los cuidados consistentes en tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado, o acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro, donde se les garanticen sus derechos y libertades, y se respeten sus decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida. Por consiguiente, se trata de un marco referencial importante para abordar la atención y consideración hacia la persona mayor y el modelo en que deban concretarse ambas.

¹ Algunos argumentos a favor de un instrumento específico pueden encontrarse en COURTIS, CH. ¿Es necesaria una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad? Notas sobre un debate actual. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (33), 114–133.
<https://doi.org/10.36151/td.2022.053>

1.2.- Europa

En el ámbito europeo se encuentra 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). Constituye una referencia importante, pues contiene dos de los principios o criterios de actuación como son el de la autonomía y el de la participación, que son fundamentales en todo modelo de atención que apueste por la desinstitucionalización. Asimismo, contempla el acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales (art.34), cierto es que con una mirada de corte más asistencialista, que con un enfoque basado en derechos.

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 vinculabilidad jurídica, sí que promueve el cumplimiento de una serie de principios que se concretan en el texto de su articulado en derechos de las personas viviendo en los Estados miembros a un conjunto de condiciones sociales y de bienestar dignas². Por ejemplo, el principio núm. 18 reconoce que todas las personas tienen derecho a servicios de cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad, en particular mencionando los servicios comunitarios y los que se prestan en el domicilio particular. En este sentido, la **Estrategia Europea de cuidadores y de personas que reciben cuidados**, busca garantizar unos servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles en toda la Unión Europea³. La Estrategia va acompañada de dos recomendaciones a los Estados miembros, una de ellas sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad. En este sentido, cabe destacar que se habla de servicios adecuados, asequibles y de buena calidad, así como de la protección de las personas que reciben cuidados y de las personas cuidadoras, asegurando el trabajo con condiciones dignas y luchando contra el trabajo informal, pero no se apuesta claramente por un modelo de cuidados centrado a la persona o desinstitucionalizador.

La Comisión Europea, a través de la “*European Care Strategy*”, también ha marcado directrices respecto a la formación para mejorar la situación tanto de los/as receptores/as de atención como de las personas que los/as cuidan, ya sea de manera profesional o informal. La estrategia tiene como objetivo apoyar a las y los cuidadores/as informales que suelen ser mujeres y familiares de los receptores de atención, mediante la formación, el asesoramiento, y el apoyo psicológico y financiero. También se busca garantizar condiciones laborales justas y formación para el personal de los cuidados incidiendo sobre la urgencia de mejorar las condiciones laborales y de formación del personal para atraer a más personas al sector de la atención, especialmente hombres⁴.

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

² Comisión Europea, *Pilar Europeo de Derechos Sociales*, 2017.

³ Comisión Europea, *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*, 2022. Disponible online: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>

⁴ 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 (última consulta 13 de mayo de 2023). Véase el epígrafe 2.3.4. del Estudio del Ámbito 6: “Marco competencial y roles profesionales que requiere el enfoque basado en derechos humanos”.

las personas de edad avanzada a la protección social. Ciertamente 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. Pero lo cierto es que es una norma que incorpora principios o criterios relevantes en orden a la desinstitucionalización, como es el derecho a elegir libremente un estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras las personas mayores lo deseen y sea posible. A tal efecto se consagra que deban recibir apoyos para poder residir en sus hogares y entorno durante el mayor tiempo posible, considerando sus capacidades físicas, psicológicas e intelectuales, para lo cual existirán ayudas para que sus viviendas se adapten a sus necesidades cambiantes, y a que aquellas que vivan en instituciones cuenten con asistencia sanitaria y servicios y respeten su vida privada y garanticen su participación directa en las decisiones que les afecten. Por último, también es destacable la referencia al apoyo a las familias que prestan cuidados, pues también constituye un indicador importante a la hora de valorar la desinstitucionalización de una persona o prevenir su institucionalización⁵.

Con relación a las personas mayores, puede mencionarse también la *Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración*⁶, una especie de 'guía' aprobada en el marco del Proyecto Daphne III, que parte de la necesidad de reconocer y afirmar los derechos de las personas mayores más vulnerables.

1.3.- América latina

En el ámbito regional, destaca sobremanera América Latina. En primer lugar, conviene poner en valor el pronunciamiento realizado en la propia Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, que establece el derecho de persona a que se le reconozca en cualquier parte como sujeto de derechos y obligaciones, y a gozar de los derechos civiles fundamentales. Esta importante manifestación encuentra su desarrollo en dos normas cruciales. De una parte, los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las personas privadas de libertad en las Américas (2008) que son aplicables a las personas mayores que se encuentren bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, que deberán recibir un trato digno y con enfoque de derechos, con estricto apego a los instrumentos internacionales sobre derechos humanos (Principio I). Un enfoque que alcanza al personal de dichos centros encargado de la dirección,

⁵ Puede consultarse una recopilación del desarrollo de este derecho por el Comité Europeo de Derechos Sociales en: Consejo de Europa, 'Digest of the case law of the European Committee of Social Rights', 2018.

⁶ Establece los siguientes derechos: Libertad de elección: el derecho de llevar una vida tan autónoma e independiente como le permitan sus capacidades físicas y mentales, y a recibir consejos y soporte para poderlo hacer. Soporte a la toma de decisiones: el derecho de que le permitan el tiempo de reflexión suficiente para considerar con tranquilidad sus decisiones antes de tomarlas, a tener acceso a los documentos pertinentes y de decidir su elección después de haber recibido información, consejo y orientaciones independientes. Restricciones a su autodeterminación: las personas mayores no pueden estar sometidas a ninguna forma de limitación física o mental, al menos que esta limitación responda a un riesgo potencial. Calidad de los cuidados: las personas mayores tienen el derecho a recibir servicios de salud y de cuidados de larga duración, oportunos y financieramente abordables, que sean adaptados a sus necesidades y deseos individuales, y sin ningún tipo de discriminación. AGE; European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly (EDE). 'Carta Europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración'. Daphne. 2010.

custodia, tratamiento, traslado, disciplina o vigilancia de las personas privadas de libertad, que deberá contar con formación específica en derechos humanos, ser íntegro a nivel ético y moral y sensible a la diversidad cultural y de género (Principio XX). La referencia explícita a la desinstitucionalización se contiene en esta norma con respecto a las personas con discapacidades mentales, al apostar por la gradual desinstitucionalización de las mismas y la organización de servicios alternativos que favorezcan también la participación en comunidad y evite su aislamiento (Principio III.3).

De otra, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, sin lugar a dudas uno de los instrumentos más avanzados en el reconocimiento de derechos de las personas de edad y en la generación de obligaciones para asegurar su eficacia⁷. Se trata de una norma de referencia pues ha operado el cambio de paradigma a nivel legal que viene demandando la sociedad, como se ha hecho con otros colectivos como por ejemplo la infancia, las personas con discapacidad o las mujeres. En ella se define a las personas mayores, se especifican sus derechos de las personas mayores y presenta diferenciados pronunciamientos que pueden constituir pilares para la articulación de políticas y desarrollo de políticas y procesos de desinstitucionalización. Esto puede advertirse con claridad de algunos de los principios y criterios de actuación que incorpora, como la independencia y la autonomía de la persona mayor (art.7) y su derecho a tomar decisiones y a definir su plan de vida, la participación e integración comunitaria (art.8) dentro de la familia, la comunidad y la sociedad, o el derecho a un sistema integral de cuidados que promueva que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (art.16). Y en coherencia con ello, reconoce el derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades (art.24).

1.4.- 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 su *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores*, Sancho y Martínez afirman que “la práctica totalidad de los países analizados avanzan hacia modelos ecosistémicos de carácter comunitario, generalmente territorializados en torno a la dimensión municipal, aunque no en todos los casos. La respuesta a las necesidades y deseos de las personas se planifica en torno a su domicilio, como espacio elegido para vivir aun cuando se necesite ayuda”. En consecuencia se transitó de modelos residenciales a modelos ecosistémicos de carácter comunitario de

⁷ Dabove, M^a I.: “Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención americana y sus implicancias bioéticas”, Revista Latinoamericana Bioética, N^o 1, Enero-Junio, 2016, págs 38-59; “Los derechos humanos en el Derecho de la vejez. Significado y alcance de la Convención Americana, Vol. 28, Cartapacio de Derecho, Facultad de Derecho, UNICEN,2015; Díaz-Tendero Bollain, A.: Derechos humanos de las personas mayores, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2019, págs. 47 y ss.

base municipalista⁸. En los países del Sur el cambio costó más, pero se empieza a vislumbrar en el horizonte significativos pasos a modelos centrados en la atención de 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 PM como sujeto 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).

El nuevo contrato social que la apuesta por la desinstitucionalización implica, la apuesta por la atención centrada en la persona, la promoción y defensa de su autonomía favorecida en un marco de proximidad y de comunidad, requiere revisar el rol de los agentes implicados en los cuidados, en particular el del Estado y los municipios en la provisión de servicios, y la redimensión del papel del mercado, si queremos caminar hacia un modelo de cuidados respetuoso con los derechos de las personas mayores, de calidad, accesible y sostenible⁹. Por ello, es conveniente analizar cómo se prestan los cuidados de larga duración en otros países de nuestro entorno, y para ello, a continuación se ofrecerán algunos rasgos identificativos de varios países referenciales adscritos a estos cuatro modelos.

1.4.1.- 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

⁸ SANCHO CASTIELLO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T.: *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores, Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!*, Octubre, 2020, p.136. Puede consultarse en:

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/documentacion/Record/565875#>

⁹ Interesante resulta la mirada a futuro sobre los aspectos revisables del modelo español que realiza el documento elaborado por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Social denominado *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, que pretende contribuir a la necesaria transformación del modelo de cuidados residenciales en España que puede consultarse en: <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>. Y también el informe *Leyes que protejan a las personas mayores. Documento de propuestas para autoridades estatales y autonómicas* que puede consultarse en: <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/recordmedia/1@000033181/object/44401/raw>

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** 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 los usuarios**, además de que las personas trabajadoras deben ser de buen carácter, tener las cualificaciones y experiencia necesarias, e informar a las personas mayores de sus cuidados y tratamientos de manera abierta, honesta, sincera y transparente¹⁰.

Una serie de **indicadores** se utilizan para poder valorar, entre otras cuestiones, cuándo una residencia es **segura, efectiva y ofrece buenos cuidados**: cuando hay trabajadores 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 a los encargados o incluso a los directores 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*. Los trece estándares fundamentales establecidos por esta comisión, que además están desarrollados individualmente por sus reglamentos u ordenanzas respectivas, son:

- Atención centrada en la persona, entendido en el sentido de que la persona usuaria tiene que recibir la atención adecuada a sus preferencias y necesidades. Algunas preguntas de evaluación en relación con el cumplimiento de este principio son: *¿El servicio le brinda al personal el tiempo, la formación y el apoyo que necesitan para brindar atención y apoyo personalizado y empático? ¿El personal responde de manera compasiva, oportuna y apropiada cuando las personas experimentan dolor físico, malestar, estrés o angustia? ¿Cómo se apoya a las personas usuarias para que tomen sus propias decisiones de acuerdo con la legislación y las recomendaciones?*¹¹

- Dignidad y respeto en el tratamiento con la persona usuaria.
- Consentimiento.
- Seguridad.
- Protección frente a los malos tratos: en este punto se incluyen como formas de abuso el abandono, tratamiento humillante, sujeciones innecesarias o desproporcionadas, u otros límites inadecuados en la libertad de la persona.

¹⁰ *Revisión internacional de modelos de atención residencial*, 2020, p. 3.

¹¹ *Revisión internacional de modelos de atención residencial*, 2020 p. 29.

- Alimentación e hidratación.
- Instalaciones y equipamiento.
- Posibilidad de plantear quejas en todo momento.
- Buena gestión.
- Plantilla: debe ser suficiente, cualificada, competente y experimentada.
- Personal adecuado.
- Deber de franqueza: entendido en el sentido de que se debe mantener una actitud transparente y abierta con la persona usuaria.
- Publicación de las evaluaciones.

En este sentido, la normativa inglesa no establece requisitos previos relativos a las ratios de personal ni tampoco de funcionamiento interno 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 enfermería¹². En este punto se aprecia que en la evaluación e la calidad de los centros, los de menor tamaño, aquellos con un máximo de diez plazas reciben una calificación más positiva.

En cuanto a los tipos de centros, hay principalmente cuatro tipos de centros en Inglaterra. Mientras que los *residential care homes* acogen a personas en situación de dependencia, los *nursing homes* ofrecen cuidados a personas mayores que además de necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria, tienen necesidades sanitarias más intensas. Además, existen los **apartamentos comunitarios**, esto es, *extra care housing* y *sheltered housing* que vendrían a ser equiparables a las viviendas comunitarias o los apartamentos tutelados en España. También están sometidos a las condiciones de acreditación y evaluación de la *Care Quality Commission*. En estos pisos o casas, aunque no hay personal las 24 hs al día, sí que hay vigilancia continua. La Sociedad de Geriátrica británica ha denunciado recientemente, que estos servicios comunitarios para las personas mayores no cuentan con el personal suficiente, y ha sugerido algunas recomendaciones para hacer frente a la crisis sanitaria y de cuidados que afecta en especial a las personas mayores¹³. En total se ofrecían 419.000 en 2020, con una cobertura que equivaldría al 4.1% de la población mayor de 65 años¹⁴.

Ahora bien, en cuanto a la **cobertura**, hay una diferencia fundamental entre los *care homes* y los *nursing homes*, ya que, si no se tiene un problema de salud severo y se ingresa en una *care home*, o si se reciben los cuidados en el domicilio, la **cofinanciación pública** solo está disponible para aquellas personas que tengan un nivel de recursos por debajo de un determinado límite. Aunque este límite está actualmente fijado en alrededor de 24.000 libras en Inglaterra, el gobierno está implementando reformas en el ámbito de los cuidados y entre otras cuestiones, se ha anunciado para octubre de 2023 la ampliación de ese límite en 100.000 libras, por lo que las personas cuyos recursos económicos estén por debajo de ese límite nunca contribuirían a sus cuidados más de un 20%¹⁵. Además, también se amplía el límite inferior de rentas, de modo que aquellas personas con menos de 20.000 libras no contribuirían en ningún importe con los cuidados. En la actualidad, se estima que el 36,7% de las personas que reciben cuidados en una residencia sufragan

¹² Ibid., p. 20.

¹³ British Geriatrics Society, *Protecting the rights of older people to health and social care*, enero de 2023.

¹⁴ Ibid., p. 6.

¹⁵ Department of Health & Social Care, *Adult Social Care charging reform: further details*, 2022. Disponible online: <https://www.gov.uk/government/publications/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care/adult-social-care-charging-reform-further-details>

los costes de forma privada¹⁶. Si las personas mayores no pueden hacer frente al pago, existe un sistema de reconocimiento de deuda que consiste en que se comprometen a hacer frente al pago de la deuda tras su fallecimiento, mediante la liquidación de sus propiedades inmobiliarias¹⁷.

Sin embargo, en relación con las residencias sin enfermería o *care homes*, existen diferencias sustanciales entre las diferentes naciones, ya que el límite de ingresos sería más alto en Escocia y Gales, por lo que la cobertura en estos territorios es más alta. Además, en Irlanda del Norte y en Escocia, los cuidados que se reciben en el domicilio serían gratuitos, por lo que no se aplica el límite de ingresos en estos casos¹⁸.

En el caso de los *nursing homes*, el NHS se encarga de financiar los cuidados de enfermería (*Nursing Funded Care*) o incluso, si las necesidades sanitarias se estiman de gran gravedad, se cubren todos los costes de atención, incluidos el alojamiento y la manutención (*NHS Continuing Care*). En Escocia, no obstante, no existe este último programa sino, en su lugar, el *Hospital Based Complex Clinical Care* desde 2015. En este esquema en el que la financiación proviene del sistema sanitario, el examen de las necesidades es muy estricto, y, además, se dan problemas como las largas listas de espera y la baja cobertura. Se ha criticado que este esquema discrimina a las personas con demencia, a las que se les suele valorar en el sentido de que no tienen necesidades sanitarias sino sociales¹⁹.

1.4.2.- 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 24H 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.

¹⁶ Office for National Statistics, *Care homes and estimating the self-funding population, England: 2019 to 2020*, 2021. Disponible online:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/socialcare/articles/carehomesandestimatingtheselffundingpopulationengland/2019to2020>

¹⁷ *Revisión internacional de modelos de atención residencial*, 2020, p. 20.

¹⁸ Insurance business, *Long term care insurance in the UK: what is going on?* 2023. Disponible online: <https://www.insurancebusinessmag.com/uk/guides/long-term-care-insurance-in-the-uk-whats-going-on-438786.aspx>

¹⁹ Oung, C.; Curry, N.; and Schlepper, L., 'Other types of support: how do the countries compare?', *Adult social care in the four countries of the UK*, Nuffield Trust, 2020. Disponible online: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/other-types-of-support-how-do-the-countries-compare>

En el sistema holandés y a raíz de las reformas introducidas, existen diferentes niveles administrativos y territoriales así como la financiación proviene de diferentes fuentes. Así, una de las vías por las cuales se potenció la vida atención comunitaria fue aumentar los apoyos que se provén desde el ámbito local y municipal, descentralizando en gran medida un sistema que antes recaía principalmente a nivel estatal²⁰. En este sentido, además, tanto el sector público como el privado están involucrado en la financiación y en la gestión de los servicios.

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 mes²¹. 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 los usuarios. Para estos cuidados de larga duración, el importe depende de la situación personal y de los recursos disponibles, por ejemplo, una persona que vive sola y recibe cuidados en casa paga una cantidad mayor que una persona que viva con su pareja. El importe puede ir de 169 a 2419 € mensuales. En este sentido, se han criticado los altos costes que recaen en el usuario de los servicios, lo que ha llevado a muchas personas a abandonar los servicios de cuidados.

Además, hay problemas en cuanto la disponibilidad de los recursos, tanto de trabajadores y trabajadoras del cuidado como de camas disponibles. Aproximadamente existen 8 trabajadoras del sector del cuidado por cada 100 personas mayores de 65 años²², aunque esta ratio resulta considerablemente superior al de otros países del entorno²³. En cualquier caso, posiblemente sea insuficiente para unos cuidados personalizados e individualizados.

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 control²⁴. En relación con ello, cabe considerar que, 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 provén los cuidados.

No obstante, lo que sí cabe destacar favorablemente de los Países Bajos es la existencia de iniciativas y estrategias de interés. Cabe destacar tres.

De un lado, el modelo *Humanitas Akropolis*, que promueve lo que denominan la *cultura del sí*²⁵. El promotor del modelo, Hans Becker, tiene una treintena de residencias

²⁰ Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p. 286.

²¹ Ibid, p. 287.

²² Ibid., p. 293.

²³ En otro informe, de 2014, se indica una ratio de 19 cuidadores 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.

²⁴ ESPN, *Dutch profile on LTC quality assurance*, 2019.

²⁵ 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 Pilares, núm. 3, 2018, p. 174.

en los Países Bajos. En concreto, en Rotterdam, existe un complejo de apartamentos con servicios y una unidad residencial, que en total acogen a más de 600 personas²⁶. Cada apartamento tiene 72 m² y tres estancias, y pueden ser comprados o bien alquilados. Se trata de la implementación de una forma de vivienda pensada para personas mayores normalmente con una situación de dependencia, de una forma que se aleja de la institucionalización. Así, las viviendas están pensadas para que puedan vivir en ellas personas mayores, con silla de ruedas, con cocinas regulables en altura, eliminación de barreras, etc. Además, se fomenta en especial el ámbito comunitario, ya que la persona se siente parte de un grupo. Para ello, en el complejo hay jardines, servicios, espacios para que los residentes puedan reunirse, etc. Además, cuentan con servicios de enfermería, fisioterapia, trabajo social, monitores, nutricionistas... En cuanto a la denominada *cultura del sí*, significa que todas las personas que intervienen deben de mantener una actitud positiva en relación a cualquier petición, demanda o deseo que manifieste la persona mayor para mantener el control sobre su vida²⁷. De esta forma, el modelo no es uno jerárquico que se implementa ‘de arriba abajo’ sino uno en el que las personas que están en la base del sistema interiorizan los valores de la organización y actúan conforme a ellos (de acuerdo con el modelo de ‘operación cultural colectiva’ definida por el estadounidense Karl Weick).

Asimismo, destaca también el modelo promovido por la organización Buurtzorg, que se dedica a la provisión de cuidados de enfermería siguiendo un modelo que potencia las relaciones comunitarias²⁸. La organización se inició en 2006, y el modelo está basado en los principios de vida independiente, la mejora de la calidad de vida, la promoción de las relaciones con el entorno, y la búsqueda de relaciones cercanas con otras personas. En este sentido, los trabajadores sanitarios, profesionales de la enfermería, integran al entorno de los pacientes en la búsqueda de soluciones. El modelo funciona a través de equipos de 12 profesionales que actúan en una comunidad vecinal o barrio.

También, en relación con el uso de sujeciones como elemento o indicador de la institucionalización, algunos expertos geriatras han realizado intervenciones y experimentos en residencias holandesas que manifiestan la importancia de la formación y la educación en la prevención del uso de sujeciones en las residencias. Así, Gulpers et al., llevaron a cabo una intervención en 13 residencias de los Países Bajos que perseguía la promoción de un cambio en la política institucional, con formación al personal de la residencia, asesoramiento de una enfermera especialista y disponibilidad de medidas alternativas²⁹. Los resultados indicaron que se redujo en un 50% el uso del cinturón de sujeción, sin que por ello aumentara el uso de otro tipo de sujeciones. Además, no se apreciaron diferencias en el empleo de medicamentos, ni un aumento en el número de caídas o lesiones asociadas³⁰. En la misma línea, una investigación de los mismos expertos también realizada en los Países Bajos, mostró el éxito de la intervención

²⁶ <https://www.stichtinghumanitas.nl/locaties/akropolis>

²⁷ <https://josedemarti.blogspot.com/2013/04/la-felicidad-es-el-objetivo-definitivo.html>

²⁸ <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

²⁹ Rodríguez Sánchez, M. I, et al. Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa, Gerokomos, 32, 4, 2021. Disponible online:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500238

³⁰ Gulpers MJM, et al. ‘Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program’, J Am Geriatr Soc., 2011, 59(11).

educativa para reducir el uso de sujeciones mecánicas en nuevos residentes, de nuevo, sin que aumentara el uso de medicamentos psicofármacos, caídas o lesiones³¹.

1.4.3.- 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 cuidados³². 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 urbanas³³. Contrasta con lo que sucede en los países del Sur de Europa, como España, en los que la familia es una institución tradicional más fortalecida hasta el punto de que por tradición cultural es la primera en proveer apoyos, pudiendo categorizarse como un modelo familista³⁴.

La estructura de cuidados de Noruega tiene consecuencias positivas no sólo sobre las PM, sino también sobre la situación de las mujeres cuidadoras y su desarrollo a nivel laboral con el correspondiente incremento de tasa laboral de mujeres; 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 familiarizados y son habitualmente demandados. Las personas mayores interactúan con dichos servicios, organizan el cuidado que necesitan y no esperan que sus hijos/as 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 mayores 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 las necesidades de las personas mayores y sus familias.

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. La vía para poder lograrlo fue esperar a que expiraran las adjudicaciones concedidas a empresas privadas de residencias. Algunos municipios como Oslo, Bergen y Stavanger, por ejemplo, no otorgaron prórrogas y se hicieron cargo ellos mismos de la gestión de los

³¹ Gulpers MJM, et al., ‘Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study’, *Int J Nurs Stud.*, 2012, 49(12).

³² Bazo, M^a.T. y Ancizu, I.: “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, págs.43-77.

³³ Bazo, T. “Personas mayores y solidaridad familiar”, *Política y Sociedad*, 45(2), 2008, págs. 73-85.

³⁴ Moreno Fuentes, F.J. y Del Pino Matute, E.: *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*, Ed. Tecnos, Madrid, 2015, pág.36.

centros³⁵. La consecuencia fue que empresas suecas de cuidados como *Attendo* abandonaron el mercado noruego.

Los resultados derivados de la municipalización han mostrado no sólo la mejora de la calidad para las personas mayores, sino también avances significativos en las condiciones laborales de las personas trabajadoras en dichos centros (buenas condiciones de trabajo, seguridad laboral y la posibilidad de un empleo a jornada completa con un contrato permanente)³⁶, y saneamiento de las cuentas públicas por generar superávit al gestionarse sin ánimo de lucro.

1.4.4.- 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 en el siglo XX, apostando por un cambio de modelo, abandonando la construcción de residencias, el concepto mismo de ellas, que ha sido la tradicional hoja de ruta en Europa. La apuesta era diferencial, velaba por el derecho de las personas mayores a poder seguir viviendo en su casa o en “vivienda especial” (Särskilda Boendeformer) de barrio 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 programas nacionales complementarios de rehabilitación, adaptación y reconversión de viviendas (normales y especiales), con eliminación de las barreras, instalación de ascensores, rampas en los accesos, etc.

Estas viviendas especiales eran construidas y destinadas a personas y grupos con necesidades especiales (personas mayores, personas con discapacidad, estudiantes...)³⁷. 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, para las personas mayores con demencias, y más tarde para todas las personas con grandes necesidades asistenciales. Estas viviendas se tienen por las PM en régimen de alquiler o en régimen de compra (con derecho a uso), pueden amueblarlas a su gusto para evitar la despersonalización y son espacios donde van a poder preservar su intimidad, privacidad, hábitos, estilo de vida, relaciones sociales significativas, y recibir atención personal (sanitaria y social) en función de sus necesidades. Serán los municipios

³⁵ Enormemente interesante es el seguimiento que Infolibre, en particular el colectivo Investigate Europe ha realizado sobre el sector de las residencias, especialmente sobre su privatización, sus efectos perniciosos, y los beneficios que la gestión de estos centros ha reportado a empresas privadas e inversores. Puede verse todas las investigaciones realizadas en: <https://www.investigate-europe.eu/it/2021/oro-grigio-rsa-private/#publications-list>. De particular interés en este apartado:

https://www.infolibre.es/internacional/residencias-mayores-europa-maquinas-dinero-empresas-e-inversores_1_1207747.html

³⁶ Pettersen, B. y Monsen, N.: “Los municipios noruegos recuperan el control público de los servicios sociales”, pág. 79. Texto íntegro:

https://www.tni.org/files/capitulo_4_la_recuperacion_de_los_servicios_publicos.pdf

³⁷ 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*. N.º 3, 2018, págs.51-90.

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

Se trata de un cambio en profundidad del modelo residencial tradicional a otras alternativas, más cercanas al paradigma housing, que junto a la oferta pública, complementan empresas privadas y asociaciones de mayores, como son las “Viviendas Senior” (Seniorboenden), las auto-gestionadas y de ayuda mutua (Cohousing) (“Viviendas Colectivas/Colaborativas” (Gemenskapsboenden), “Viviendas para la Segunda Etapa de la Vida” (Boenden för den andra livshalvan) y “para Todas las Edades”)³⁸. Evidentemente la viabilidad de este cambio de modelo ha precisado por descontado de un engrasado y solvente sistema de servicios domiciliarios coordinados con los servicios sanitarios y comunitarios. Ello ha determinado que las necesidades de cuidados hayan podido ser atendidas con la agilidad, eficacia y sostenibilidad que las personas mayores merecen y que el reconocimiento de sujeto de derechos comporta.

Como en otros países, como Holanda o Reino Unido, se ha transitado de un modelo de viviendas pensadas para personas con cierto grado de independencia y autonomía, a viviendas donde se piensa en personas que precisan atención y cuidados, o donde pueden acabar siendo cuidadas cuando lo precisen aunque cuenten con autonomía cuando empiezan a vivir en ellas, pudiendo considerarse “Viviendas para toda la vida”.

Lo que desde hace muchos años constituye un ferviente deseo de las personas mayores -poder envejecer, incluso morir, en casa-, sin una dependencia máxima de la familia³⁹, que constituye aún una asignatura pendiente para muchos países, incluido España, es una realidad en Suecia; donde se garantizan estos servicios en el entorno comunitario de tal suerte que la persona no es privada de sus referentes, afectos, contextos donde ha desarrollado su vida. En efecto, los servicios a domicilio fueron completados con enfermería a domicilio, especialmente nocturna, adaptaciones de vivienda, teleasistencia, y otros apoyos que han cimentado un verdadero Estado de bienestar, pero que también ha permitido no hipotecar otras vidas, como la de familiares cuidadores, que no han tenido que renunciar a sus sueños por el cuidado a sus progenitores o ascendientes.

Otra de las cuestiones a destacar de este modelo es que en la evaluación de la calidad de estos centros no se parte de unos estándares o criterios objetivados, sino que se basa en la realización de encuestas a personas usuarias y a los centros creando un sistema de comparación abierta. Se trata de criterios de estructura, proceso y resultados. Así en los indicadores que integran el sistema abierto de comparación incluyen distintas dimensiones implicadas en la calidad de vida y el bienestar de las personas, especialmente de aquellas que tienen una demencia. Se realizan anualmente encuestas a personas usuarias y a centros, que junto con otros datos han permitido crear un sistema de comparación abierta basado en indicadores. Los indicadores son de estructura, de proceso y de resultados. Las encuestas a residentes y centros, que son realizadas por el consejo de salud y servicios sociales (Socialstyrelsen), constan de 27 preguntas en relación a distintas

³⁸ Sancho Castiello, M.: “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, *Rev. int. estud. Vascos*, nº65, 1-2, 2020, págs.180-224

³⁹ Sundström, G.: “La pareja en la vejez: el caso de Suecia”, *Panorama social*, N.º 28, 2018, págs. 117-124, analiza la estructura familiar y pone de relieve cómo mujeres y hombres mayores se ocupan por igual del cuidado de su compañero o compañera cuando conviven en pareja. También de interés: Abellán, A.; Pérez, J.; Pujol, R.; Jegermalm, M.; Malmberg, B., y G. Sundström: “Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden”, *International Journal of Ageing and Later Life*, nº11 (1), 2017, págs. 69-89.

áreas: Percepción del estado de salud; Valoración de las instalaciones del centro; Valoración de la alimentación; Actitudes del personal; Participación, autodeterminación y personalización de la atención; Percepción de la seguridad; Valoración de actividades de ocio y tiempo libre; Soledad percibida; Disponibilidad de la atención; y Satisfacción general. Con estos datos se elabora un informe de resultados para cada centro que se remite internamente pero que no es de conocimiento público. Lo que sí se publica es el sistema de comparaciones abiertas basado en indicadores que fue elaborado conjuntamente por la asociación sueca de municipios el (Socialsyrelseny) y regiones (Sverigeskomuneroch), que permite comparar municipios, aunque no centros.

Asimismo es destacable, a pesar de que las carencias normativas en materia de establecimientos de cuidados, la llamada “Ley Sarah”, en reconocimiento a una enfermera que había denunciado sufrimientos de una residencia en Estocolmo, que supuso que en 2012, el Ministerio de Salud encargara al SIS (Swedish Standards Institute) el desarrollo de las normas para la calidad en la atención a las personas mayores, que pudieran aplicarse a los proveedores de atención a largo plazo públicos y privados, tanto en el ámbito residencial como en la atención domiciliaria. Los estándares podían ser utilizados en la contratación o en la evaluación o exigencia de responsabilidad de un prestador de servicio de cuidados⁴⁰. En este sentido, esta norma configura cómo ha de ser la tramitación y actuación ante las quejas por cualquier abuso, negligencia o maltrato, y el papel y procedimiento de la autoridad inspectora.

1.4.5.- Dinamarca (el modelo nórdico)

Como ya se ha comentado, algunos países nórdicos, 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 PM. Dinamarca constituyó uno de los países pioneros en apostar por estas políticas de atención centrada en la persona y sus deseos y preferencias en la atención comunitaria y no residencial y proveerles servicios sociales y sanitarios en los domicilios de las personas, “haciendo posible la permanencia en su entorno y la conciliación de las personas cuidadoras familiares con su actividad laboral”⁴¹. Evidentemente el éxito de este modelo fue la existencia de diversos servicios de apoyo y atención domiciliaria sólida y accesible, centrados en la persona, ofreciendo un servicio individualizado y universal.

En Dinamarca también destaca el peso municipal como protagonista en la provisión de cuidados, siendo responsables en tanto competentes de los servicios de larga duración, que han apostado como objetivo por la desinstitucionalización, especialmente de personas con discapacidad o personas en situación de sinhogarismo⁴². Y a tal efecto introdujo la recapacitación de los profesionales para trabajar más preventivamente y reducir el riesgo de hospitalización o ingreso en una residencia de personas mayores.

⁴⁰ Puede verse más detalle sobre otros modelos de evaluación de la calidad en el cuidado de las personas mayores en el *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo Principios y directrices para el bienestar y la dignidad de las personas mayores que necesitan atención y asistencia*.

⁴¹ Véase más extensamente en comparación con otros modelos en *Revisión internacional sobre desinstitucionalización*, 4 abril 2023, Estrategia estatal de desinstitucionalización, 2023.

Otro de los aspectos en los que destaca es en la regulación de la calidad y cantidad de los servicios de cuidados ofrecidos por los municipios que no es homogénea⁴³.

1.4.6.- Suiza

El sistema de cuidados en Suiza está altamente descentralizado. En 2015 Suiza destinó al cuidado 2,3% del PIB, por encima de otros países de la OCDE (1,3% de media). En cuanto a la financiación, aunque el sistema sanitario funciona mediante aseguramiento, no existe un esquema específico para el cuidado, proviniendo la financiación del sistema sanitario (los cuidados de larga duración supusieron 19,5% del gasto en salud en 2015), del fondo de pensiones, la vía impositiva y los receptores 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 familiares⁴⁴. Ello puede deberse a que en los últimos años se han desarrollado estrategias de flexibilidad para los trabajadores que tienen responsabilidades de cuidado, y en algunos cantones se ofrecen prestaciones económicas dirigidas a estas situaciones. En cuanto a los trabajadores/as del cuidado, a menudo carecen de cualificaciones para ello y no suelen estar protegidos por la legislación laboral, por lo que en demasiadas ocasiones este cuidado tiene lugar en el entorno informal⁴⁵.

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 coste-efectividad del centro⁴⁶.

Llama la atención la organización Spitex, dedicada al apoyo, la atención de la salud y el cuidado fuera del ámbito de los hospitales y de las residencias. Otras herramientas digitales al servicio del cuidado son Pro Aidants o We+Care, dirigidas a la coordinación del cuidado entre cuidadores. En 2016, 340.000 personas recibieron cuidados en el domicilio en el marco de Spitex. Aumentó este número en un 10% en un año y el número de residentes en residencias descendió⁴⁷. Además, Spitex desarrolló una serie de indicadores para evaluar la calidad del cuidado en el domicilio.⁴⁸ Otras evaluaciones de la calidad se llevan a cabo por los seguros de salud así como por las instituciones proveedoras del cuidado.

La mayoría de instituciones del cuidado son de gestión privada y con financiación privada, aunque también hay públicas⁴⁹. La preferencia por el modo de cuidado varía

⁴³ Rostgaard, T. (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/>

⁴⁴ Comisión Europea, ESPN, *Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland*, 2018, p. 7.

⁴⁵ Comisión Europea, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, 2018, p. 33.

⁴⁶ Comisión Europea, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, 2018, p. 42.

⁴⁷ Comisión Europea, ESPN, *Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland*, 2018, p. 5.

⁴⁸ De Pietro C, et al., *Switzerland: Health system review. Health Systems in Transition*, 17, 4, 2015,

⁴⁹ Comisión Europea, ESPN, *Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland*, 2018, p. 6

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 residencias⁵⁰.

1.4.7.- 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 servicios⁵¹. 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 2017⁵².

De Alemania, sin embargo, lo que llama especialmente la atención es que está experimentando una auténtica explosión del modelo ‘viviendas compartidas’ y ‘viviendas asistidas’ en las que predomina la promoción de la autonomía y la independencia como valores de estas iniciativas. 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 (pflegemarkt.com). Este modelo está orientado a facilitar la participación de las familias y de las personas usuarias y la utilización de los recursos comunitarios. Suelen ser espacios de reducido tamaño, que se han mostrado que proveen mayor bienestar a las personas que tienen dependencia, especialmente con demencia o deterioro cognitivo, pues normalizan la vida cotidiana y se reducen de forma considerable los problemas de conducta.⁵³

Entre los tipos de vivienda alternativa destacan los **pisos compartidos**, donde las personas mayores comparten piso y reciben atención y cuidados tanto de profesionales que contratan como de sus familiares. El origen se sitúa en la región de Berlín en los años noventa, cuando se empezaron a crear residencias de menor tamaño o de ‘cuarta generación’. Posteriormente recibieron financiación pública y se reguló por ley la posibilidad de crear viviendas alternativas. En la actualidad, las personas que viven en pisos compartidos pueden recibir ayudas a la dependencia, en función de la situación económica. Desde 2013, se puede recibir una ayuda mensual para personas que convivan con al menos otras dos personas en situación de dependencia.

El objetivo de este modelo es el de facilitar el desenvolvimiento de la vida cotidiana apartándose de la lógica propia de los centros. Un ejemplo es el modelo de Friburgo, en el que los familiares y voluntarios han creado una red de apoyo a los habitantes de los pisos compartidos⁵⁴. Ahora bien, existen dos formas de pisos

⁵⁰ Comisión Europea, ESPN, *Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland*, 2018, p. 7.

⁵¹ Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p. 71.

⁵² Comisión Europea, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, 2018, p. 27.

⁵³ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa: “Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!, *Revisión internacional de modelos de atención residencial para mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, octubre 2020, p.11.

⁵⁴ MONTERO, Miguel (2018), ‘Alternativas de vivienda para personas mayores en Alemania’, en *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*. Fundación Pilares para la autonomía personal, Col. Papeles de la Fundación nº3, p. 100.

compartidos, los pisos autogestionados y los que se gestionan por proveedores de servicios. Aunque estos últimos tienen en la actualidad un mayor potencial de mercado, lo cierto es que prima los intereses privados a las preferencias de las personas usuarias. Solo los pisos compartidos que no están autogestionados sino que se gestionan de forma externa pasan por un control de calidad, salvo en Baviera donde todo tipo de vivienda compartida debe aprobar este control.

El tamaño medio de los pisos compartidos es de 6 a 8 personas, siendo en su mayoría mujeres mayores de 80 años con enfermedades o discapacidades. Así, es habitual que se ofrezca cuidados en los pisos las 24 horas al día, estando más atendidos que en los centros, de forma más individualizada, pero quizá menos especializada.

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 intergeneracional⁵⁵. Están situadas normalmente en entornos urbanos, y tienen la particularidad de que las personas que conviven en ellas participan en el diseño del proyecto. En ellas, se distinguen espacios de hogares propios y los espacios comunes.

1.4.8.- 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. Así las cosas, 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 como en España, 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 otro⁵⁶, 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 lusos⁵⁷. La mayoría son gestionadas y propiedad de la Santa Casa da Misericórdia, que mantiene un acuerdo de cooperación con el Estado. Se trata de una organización benéfica portuguesa sin ánimo de lucro, con vínculos históricos con la Iglesia Católica en origen. Fue creada en 1498 por la Reina regente Leonor de Viseu. Su actuación en tanto que persona jurídica de naturaleza privada pero con interés público es supervisada por el Ministerio competente en materia de Seguridad Social y su Presidente nombrado por el Primer Ministro del gobierno portugués.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 112.

⁵⁶ Díaz Calvarro, J.M^a: “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

⁵⁷ Irene Carvalho, M.: “Social work and intervention with older people in Portugal: a critical point of view”, *European Journal of Social Work*, 17:3, 2014, págs. 336-352, DOI: 10.1080/13691457.2014.905459

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. Y aunque existen protocolos de cooperación con residencias sin ánimo de lucro, que reservan camas para mayores que reciben un subsidio, la diferencia entre lo que reciben y lo que vale la plaza es considerable en caso de ser una persona con escasos recursos o sin ellos.

Hasta 2012 la legislación portuguesa mantuvo la financiación estatal exclusiva para el tercer sector sin ánimo de lucro que proveía cuidados, pero limitando el número de camas que podía tener una residencia, de ahí que la presencia de cadenas internacionales no tuviera presencia significativa en el país hasta entonces. Con posterioridad los grandes grupos han ido entrando, así ha sucedido con Orpea y Domus Vi que tienen 12 residencias, que no reciben ningún tipo de ayuda y cuyos clientes son de clase media alta.

A pesar de que el sistema de cuidados luso apela a una atención integrada y continua respetuosa con los derechos, los estudios recientes demuestran incumplimientos en la práctica de principios fundamentales que han de regir la política de cuidados, como lo es la autonomía, tanto en el ámbito residencial como domiciliario, y ello a pesar de la protección legal recibida⁵⁸.

A modo de conclusión, puede apuntarse que si bien son útiles en el marco de la desinstitucionalización, como modelo o como proceso, los principios y criterios enunciados en las normas internacionales, universales, americanas y europeas, se aprecia la necesidad de mayor concreción, se advierte la falta de indicadores necesarios para evaluar las políticas que afectan a las personas mayores, que conciernen a sus cuidados, a las personas que las cuidan, a los ámbitos en los que son cuidadas, y a los servicios destinados a proporcionar los cuidados en sus domicilios o en instituciones.

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 PM cuenten con servicios que les permitan envejecer con dignidad, con pleno respeto a sus derechos “como en casa”.

⁵⁸ Imaginário, C., Machado, P. Antunes, C Martins, T.: “Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto”, *Gerokomos*, vol.29 nº.2, Barcelona, 2018, págs. 59-64, denuncia que “las políticas de funcionamiento en las instituciones estudiadas, en que las prácticas profesionales reinciden en la sustitución de las funciones del anciano en vez de estimular su autonomía, muestran que es un problema fundamental. Aunque la legislación, en los últimos años, se ha sometido a diversas modificaciones, se mantiene, sin embargo, negligente en cuanto a la necesidad de formación de los colaboradores y técnicos que prestan servicios y cuidados a los usuarios de los equipamientos residenciales para personas mayores (ERPM)”.

2.- Marco normativo de la institucionalización 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 el factor de 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 Constitucional⁵⁹.

Además, en la Constitución se reconocen derechos fundamentales para todas las personas, incluidas por supuesto las personas mayores⁶⁰. Así pues, no existe en la Constitución el reconocimiento de una obligación reforzada de los poderes públicos de hacer efectivos los derechos de este colectivo 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 ocio⁶¹.

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 ciudadanos asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad. En este sentido, tanto el sistema de servicios sociales como el de la seguridad social, que incluye tanto prestaciones contributivas como las no contributivas, constituyen bases constitucionales en las que se puede fundamentar la regulación de servicios y prestaciones que se dirijan al cuidado de las personas que lo necesitan. Más aún, puede entenderse que estos preceptos obligan a los poderes públicos a actuar en este ámbito. Ahora bien, el texto constitucional no impone un mandato de desarrollar un particular modelo de cuidados, por ejemplo, un modelo de atención basado en los deseos y preferencias de las personas atendidas⁶².

No obstante, sí se reconocen derechos fundamentales que deben respetarse y garantizarse en todo caso, también en el funcionamiento de un sistema de cuidados. Así, el artículo 18.1 reconoce el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la

⁵⁹ 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.

⁶⁰ FLORES GIMÉNEZ, F., ‘Las personas mayores en la Constitución española: derechos y garantías’, en CARDONA, B., et al. *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2019, pp. 29-52.

⁶¹ AZAR LOPEZ, M., ‘Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria’, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº. 30, 2001.

⁶² DALLI ALMIÑANA, M., ‘El cuidado de personas en situación de dependencia: encaje constitucional, marco jurídico actual y carencias normativas’, *Teoría y derecho: revista de pensamiento jurídico*, nº 33, 2022, pp. 164-190.

propia imagen, y el mismo artículo en su párrafo tercero reconoce el secreto de las comunicaciones. Todo ello obliga a garantizar un ámbito de intimidad ajeno a intromisiones externas, lo cual podría resultar contrario, por ejemplo, a la existencia de habitaciones compartidas sin consentimiento en centros residenciales.

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. Este artículo establecía que será necesaria una autorización judicial en caso de internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma. No obstante, este inciso *fue declarado inconstitucional por la sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 diciembre, por regularse el internamiento no voluntario a través de una ley ordinaria y vulnerarse con ello la reserva de ley orgánica en materia de derechos fundamentales. Además, 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. Si bien se trata de un precepto pensado esencialmente para las personas en situación de discapacidad, cabe destacar que la introducción de las medidas de apoyo está en la línea de un modelo de apoyo centrado en la persona favoreciendo, por ejemplo, el ejercicio de la autonomía y la capacidad de decisión, elección y control sobre los cuidados que recibe.

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. Además, el artículo 15 establece que nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la edad, entre otras causas. Este reconocimiento resulta de relevancia especial tras la polémica por las publicaciones de varias sociedades médicas en los primeros meses de la pandemia causada por el COVID-19 recomendando la priorización sanitaria por circunstancias como la edad⁶³. El apartado tercero de ese precepto indica también que las administraciones sanitarias deberán promover acciones especiales dirigidas a los colectivos especialmente vulnerables en el ámbito sanitario, como las personas mayores. Asimismo, el artículo 20 sobre el derecho a la igualdad de trato y no discriminación en el acceso a la vivienda incluye el mandato a las administraciones públicas a fin de promover políticas que garanticen la autonomía y la vida independiente de las personas mayores.

⁶³ Por ejemplo, en las Recomendaciones para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos se establecía que en personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada. También, el Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas en Cataluña o las Recomendaciones para el manejo del paciente con infección por COVID-19 y signos de compromiso respiratorio de la Comunidad de Madrid recomendaban la no hospitalización de determinados grupos de personas mayores de 80 años con COVID-19.

De especial relevancia es el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (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 Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia⁶⁴.

La importancia de este Acuerdo reside en los principios que incorpora que considera aplicables tanto para los servicios domiciliarios como residenciales; 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. Una atención estructurada sobre la bases de unos principios que erige en ámbito de acreditación de los centros y servicios (art.3). 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 (art.). 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. Será en dichos planes donde se haga el seguimiento de los apoyos que recibe la persona y cómo inciden en el disfrute de su proyecto y estilo de vida, por ello en el diseño, ejecución y seguimiento de estos planes tendrá una participación activa, central, e incluso se favorecerá que participen otras personas a su elección, que ella considere importantes, familia y/o personas allegadas. Son unos instrumentos estos planes que no sólo incorporan una visión centrada en la persona y en sus fortalezas, sino también un enfoque de derechos humanos que sirva de garantía de todos aquellos aspectos que promueven un trato digno y respetuoso en las relaciones de apoyo y cuidado. Por consiguiente, se refuerzan los principios que inspiran el sistema de atención.

No menos relevantes son los denominados planes de transición o adecuación llevados a términos por la entidad que buscan de propósito 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

⁶⁴ 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 núm.192, jueves 11 de agosto de 2022.

(art.30) en aras a garantizar su bienestar y autonomía. Los servicios de teleasistencia deberán contribuir a que la persona esté conectada con los lugares donde vive, participe en su comunidad y se prevengan situaciones de soledad no deseada (art.31). 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 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 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 usuarias, 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 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.)⁶⁵.

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,

⁶⁵ En este punto habrá que prestar atención a la normativa, europea y estatal (la reciente Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional, entre otras), que configura la cualificación profesional para la atención y el apoyo a personas con dependencia o discapacidad. Las competencias profesionales de cada cualificación se encuentran recogidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales previsto en el Real Decreto 1128/2003 (todavía vigente). Dicho Catálogo tiene por objeto la ordenación de un sistema integral de formación profesional, cualificaciones y acreditación, que responda a las demandas sociales y económicas a través de las diversas modalidades formativas. En este marco hay que subrayar, por ejemplo, el reciente Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, modificado por el Real Decreto 151/2022, de 22 de febrero. Véase, para una información completa de este sistema, el epígrafe 2.3. del Estudio del Ámbito 6: “Marco competencial y roles profesionales”.

por el derecho a la vivienda, primera ley de ámbito estatal en la materia. Una Ley que viene a diseñar desde el legislador estatal el marco del derecho a la vivienda digna y adecuada, reconocido en el art. 47 de la Constitución española. Como se verá más tarde, las medidas que incorpora esta ley estatal van destinadas especialmente, y por lo que en este Estudio interesa, a favorecer el acceso y la conservación de la vivienda de aquellos colectivos en situación de vulnerabilidad, como el de las personas mayores. Por su parte, las Comunidades Autónomas han legislado, en el marco de sus competencias y amparadas en el principio de la función social de la propiedad, sobre el acceso a la vivienda. En ellas encontramos de manera recurrente una referencia explícita a garantizar el acceso a la vivienda de colectivos en situación de especial vulnerabilidad, entre los que sitúan, aunque no siempre se hace expresamente, a las personas mayores⁶⁶.

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 los mayores ya en las reformas estatutarias que han tenido lugar entrado el nuevo siglo. Así:

El Estatuto de Cataluña, que en su artículo 18 dispone: “Derechos de las personas mayores. Las personas mayores tienen derecho a vivir con dignidad, libres de explotación y de malos tratos, sin que puedan ser discriminadas debido a su edad”; y en el art.40.6 establece que “los poderes públicos deben garantizar la protección de las personas mayores para que puedan llevar una vida digna e independiente y participar en la vida social y cultural. También deben procurar la plena integración de las personas mayores en la sociedad mediante políticas públicas basadas en el principio de solidaridad intergeneracional” (Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña).

El Estatuto de Autonomía de Andalucía prohíbe la discriminación por razón de edad en el artículo 14; el artículo 19 reconoce su “derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo...”, y el artículo 37.1.3º establece como principio rector de las políticas pública “el acceso de las personas mayores a unas condiciones de vida digna e independiente, asegurando su protección social e incentivando el envejecimiento activo y su participación en la vida social, educativa y cultural de la comunidad”. (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía).

Por su parte, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León reconoce, con técnica mejorable, entre sus ‘derecho sociales’ (artículo 13.5) los “Derechos de las personas mayores. Las Administraciones Públicas de Castilla y León velarán por que las personas mayores no sean discriminadas en ningún ámbito de su existencia y garantizarán sus derechos, en particular, la protección jurídica y de la salud, el acceso a un alojamiento adecuado, a la cultura y al ocio, y el derecho de participación pública y de asociación” (Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León).

Por último, el Estatuto extremeño afirma como principio rector de los poderes públicos el que “la igualdad efectiva de los extremeños pasa inexcusablemente por la

⁶⁶ El desarrollo de la normativa sobre vivienda se encuentra en el epígrafe 2.2.2.

adopción de políticas específicas para la infancia, los mayores y cualquier otro sector social con necesidades específicas” (artículo 7.14, Ley Orgánica 1/2011, de 8 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura).

A partir de este marco competencia, en este epígrafe 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. En segundo lugar, se realizará un análisis normativo a través de los principios específicos (o criterios de actuación) definidos en el Estudio del Ámbito 7 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. Las normas y preceptos normativos que, en cambio, siguen la línea institucionalizadora, serán comentadas en el epígrafe 3 (“Normativa que impide o dificulta los procesos de desinstitucionalización y las alternativas de vida independiente”).

2.2.1.- Una mirada Comunidad Autónoma por Comunidad Autónoma

El relieve que ha cobrado este grupo etario de la población y las necesidades y oportunidades que en relación con el mismo existen, 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, desgraciadamente, el impulso de políticas para las personas mayores o al menos en el grado e intensidad que tener un organismo específico debiera implicar.

Para comprobar el nivel de ese impulso las preguntas a responder son: ¿Qué alcance tienen las políticas autonómicas en materia de cuidados de las personas mayores? ¿En qué medida garantizan sus derechos? ¿Se realizan diagnósticos previos al diseño de estrategias? ¿Existen estrategias autonómicas dirigidas a mejorar la vida de las PM, a atenderlas en su singularidad y no como un todo homogéneo? ¿Se cuenta con estrategias de actuación que garanticen la participación de las personas mayores? ¿Son accesibles o transparentes esas estrategias? ¿En qué acciones concretas se traducen? ¿Dónde se pone el foco: autonomía o dependencia? ¿Modelo residencial o desinstitucionalizador?

A modo de deseo preliminar, debe decirse que el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de cada Comunidad Autónoma para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, debería instrumentarse 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.

Las personas mayores son sujetos políticos activos y tienen la responsabilidad de aportar su propia perspectiva y contribuir a diseñar los nuevos modelos de cuidados que

nuestras sociedades. Las personas mayores no deben ser atendidas como objetos de la gestión y de la planificación, sino como sujetos que toman decisiones sobre ellas. Su voluntad es envejecer, y en la medida de lo posible morir, en casa, tener servicios de apoyo que les permitan permanecer en su entorno el mayor tiempo posible. Desean no ser una carga para sus familiares, no hipotecar sus vidas, pero sin que ello suponga que se les abandone a su suerte en el ámbito residencial, como ha pasado en algún momento, como por ejemplo, en el contexto de la pandemia por Covid19.

Por último, remarcar que para diseñar políticas con anticipación y ajustar los recursos necesarios para implementarlas es preciso medir el cuidado, disponer de datos suficientes para que la estrategia sea eficiente, pues de lo contrario está condenada a fracasar. Como ha puesto de relieve la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, los datos son importantes “para hacer efectivos los derechos humanos de las personas de edad, como requisito previo para la adopción de decisiones y medidas normativas basadas en pruebas y fundamentadas”.

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. No todas las estrategias se abordan del modo debido: algunas son de laboratorio, sin datos sobre el contexto, sin referencias comparadas de las que aprender, que podrían ayudar a innovar y avanzar. Los contextos importan y por eso es tan importante el estudio previo de la realidad a la que va a dar respuesta la estrategia. Las estrategias requieren tácticas, programas adecuados de ejecución de estas, sólo así serán efectivas en los resultados. Cada contexto determinará qué actividades son más apropiadas o urgentes para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y sus comunidades, así como la forma más adecuada de ejecutarlas.

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.

El perfil de la persona mayor ha cambiado; esta es más asertiva y comunicativa de sus necesidades, de sus problemas, de sus deseos. El éxito de las estrategias autonómicas se asegura en la medida en que son diseñadas e implementadas con la colaboración y la coordinación entre los gobiernos nacionales, regionales y locales, así como si se abren al tiempo a la participación del sector privado y de la sociedad civil como socios estratégicos, y favorecen la intervención activa de las personas mayores, como se ha realizado con éxito en algunos territorios que son referentes y que se comentarán a continuación. Las personas mayores se convierten en corresponsables al participar en el diseño de las políticas que den respuesta a sus preocupaciones. Esta visión compartida y consensuada entre los diferentes agentes y desde diferentes enfoques avanza una nueva forma de hacer política, más relacional y cooperativa; clave para el desarrollo sostenible de nuestras sociedades modernas.

Han de ser estrategias articuladas de acuerdo con el modelo de la cuádruple hélice: La vivienda es una de las grandes preocupaciones de las personas, también de las personas mayores, y por eso merece una referencia expresa aquí. En la actualidad el envejecimiento

de la población ha llevado a buscar modelos que permitan disfrutar de mayores niveles de autonomía, independencia, sociabilidad y calidad de vida en edades avanzadas. A pesar de que el *cohousing* es una realidad ya afianzada en varios países, a España llegó tarde, como se puede ver en este cuadro. Para las administraciones públicas españolas el *cohousing* constituye un reto aún hoy al que enfrentarse. No hay un marco jurídico ni administrativo específico que venza las resistencias que supone el desconocimiento, la complejidad técnica, la falta de instrumentos de apoyo y las dificultades para encontrar suelos o edificios adecuados, o la falta de financiación, como reconoce el Diagnóstico del modelo *cohousing* en Euskadi⁶⁷

El *cohousing* admite diferentes modelos y es flexible en función del contexto, pero lo cierto es que constituye una alternativa habitacional para las personas mayores. Es por ello por lo que las Administraciones no pueden pasar por alto esta oportunidad y han de dar respuestas a una demanda que se encuentra alineada con la Agenda 2030 y varios de los objetivos de desarrollo sostenible, en particular el 3 (salud y bienestar), el 11 (ciudades y comunidades sostenibles), y 12 (Producción y Consumo Responsables). El llamado *cohousing* senior se muestra como una posible solución para la desmercantilización de los cuidados y de los servicios de atención a la dependencia. Junto al *cohousing* hay otros modelos de soluciones habitacionales, viviendas intergeneracionales en los centros de las ciudades, unidades de convivencia, etc., lideradas por las propias personas mayores que deben de contemplarse en las políticas de vivienda. Por consiguiente, debe articularse una nueva línea estratégica de soluciones de vivienda en los planes directores de vivienda de los diferentes territorios y especialmente como actuación preferente en las estrategias sobre envejecimiento que se aborden. A ella haremos se hace referencia a continuación, para ver en qué medida ha sido acogida por las Comunidades Autónomas.

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, a pesar de lo que disponía 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 Plan⁶⁸.

⁶⁷ Cuesta Lerín, C., Arrondo Segovia, M., San Román Ayala, I.: Diagnóstico del modelo *cohousing* en Euskadi, Vitoria Gasteiz, Julio 2020.

https://www.euskadi.eus/contenidos/plan/ovv_cohousing/es_ovv_admi/adjuntos/Cohousing-en-Euskadi.pdf

⁶⁸ 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/2021-07/200724%20PAP%26PD%20INFORME%20DE%20PROGRESO%20Y%20GESTI%C3%93N%202019%20V19R.pdf>

A finales de 2020 el Consejo de Gobierno de Andalucía aprobó el I Plan Estratégico integral para personas mayores 2020-2030. Este Plan afirma como objetivo promover el bienestar de las personas mayores en Andalucía y proporcionarles una atención basada en la prevención, la sostenibilidad, y el cuidado integral y continuado, de manera que puedan disfrutar plenamente de sus derechos. Para ello contempla 5 Líneas Estratégicas (que a su vez engloban 11 Objetivos): 1. Prevención de la Dependencia. 2. Atención a la Dependencia. 3. Personas Mayores en Situación de Especial Vulnerabilidad. 4. Fomento del Buen Trato a las Personas Mayores. 5. Soledad no Deseada. Los objetivos se han determinado en función de la priorización establecida por el Comité Directivo, sobre los problemas, necesidades y retos detectados en el Análisis y Diagnóstico de la realidad andaluza. El Plan se estructura en una serie de contenidos: a) Análisis de la situación de partida y diagnóstico; b) Definición de los objetivos y las líneas estratégicas de acción; c) Dotación presupuestaria destinada a su realización; d) Sistema de Seguimiento y Evaluación del Plan. Se puede decir, en conclusión, que el nivel de planificación Andalucía si bien apunta e incide en cuestiones relevantes, no apuesta en su misión, visión, valores, ni en sus líneas estratégicas por la autonomía, independencia, desinstitucionalización o vida domiciliaria. Un ejemplo es que la referencia a la prevención de la dependencia la centra en promocionar la salud, prevenir la enfermedad y el deterioro funcional.

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. Este documento se articula en torno a varios ejes estratégicos sobre los que pivotan las actuaciones del gobierno autonómico y que van orientadas a la persona y a empoderarla y reconocer su papel protagonista en su propio proceso de envejecimiento: 1. La prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores; 2. Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento; 3. Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes; 4. Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida; 5. Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad; 6. Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato; 7. Fomento de los entornos accesibles y amigables.

Estos ejes están integrados por acciones que ponen el acento en los tres niveles de prevención: en la prevención primaria, con medidas dirigidas a personas que no tienen dependencia, con el fin de evitarla, retrasarla y minimizar la aparición de los factores de riesgo más habituales; en la prevención secundaria para revertir o modificar el curso de la pérdida de funcionalidad de aquellas personas que ya tienen algún grado de dependencia y en la prevención terciaria, ofreciendo los apoyos que se precisen para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y de sus cuidadores, especialmente entre las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. El Plan culmina con una referencia a estrategias innovadoras destacables y con una parte dedicada a la evaluación final y dotación presupuestaria.

Destaca este Plan por apostar por la personas mayores como sujeto activo con derechos para afrontar su proceso de envejecimiento en comunidad, potenciando el cuidado del entorno, la accesibilidad y amigabilidad de este, la proximidad.

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

residencia, y personas mayores que buscan compañía y no quieren abandonar sus domicilios ni su entorno. Los estudiantes durante su estancia contribuyen a los gastos que generen en la utilización de la vivienda, y aunque no satisfacen alquiler, alcanzan acuerdos previos de la ayuda que prestarán durante su permanencia en la vivienda. Se trata de una iniciativa que favorece las relaciones intergeneracionales y reporta beneficio a ambas partes y a la sociedad en su conjunto y que se garantiza en el marco de los Convenios suscritos entre la Gerencia de Servicios Sociales, las Universidades de Burgos, León, Salamanca y Valladolid, y los Ayuntamientos de Burgos, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid.

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. El Programa se implementa mediante la realización de una serie de actividades dirigida a promocionar hábitos saludables (salud física y mental), dotar de competencias para la vida autónoma (derechos y responsabilidades, cocina, consumo, aplicaciones móviles e informáticas, prevención de accidentes y seguridad, etc.), favorecer relaciones con el entorno (participación, voluntariado, solidaridad, conocimiento del entorno) y promoción del conocimiento y adquisición de habilidades (artes, actualidad socio-política y económica, lenguaje y literatura, cultura y tradiciones). Se puede comprobar el alto nivel de actividades realizado a través de los informes emitidos por Zamora, Valladolid, Soria, Segovia, Salamanca, Palencia, León, Burgos y Ávila.

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. Estas áreas son:

- Prevención, sensibilización, información y comunicación.
- Intervención y apoyo a la persona para el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales.
- Desarrollo de espacios de encuentro accesibles y amigables con las personas facilitadoras de las relaciones interpersonales.

Cabe asimismo destacar dos proyectos que la Comunidad Autónoma está llevando a término:

- *A Gusto en Casa*, que busca de propósito atender a las personas para que puedan permanecer en su propio domicilio, si así lo desean, con los apoyos que necesiten para la realización de sus actividades cotidianas, cuidado de la salud, participación en la comunidad y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida. Este proyecto incluye varios servicios: un profesional, coordinador de caso que será el responsable de garantizar que los cuidados y apoyos son adecuados y satisfactorios para la persona; un profesional, gestor de caso, que ayuda a la persona a diseñar su proyecto de vida, definir los apoyos que precisa y garantizar que éstos estén disponibles y se ofrezcan respetando sus deseos, un servicio de asistencia personal, para la realización de las actividades cotidianas, tanto en el hogar como en la comunidad, asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia, desde el sistema de salud pública; si es necesario, adaptación del hogar y ayudas técnicas para favorecer la accesibilidad y movilidad;

teleasistencia básica y avanzada; programa de apoyo a los cuidadores no profesionales; y actividades en la comunidad.

- El otro proyecto destacable se denomina *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) ofertando 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 presente dificultades de accesibilidad que desaconsejen la intervención o que carezcan de vivienda y se encuentren con perfil de necesidad de los recogidos en el proyecto *A gusto en Casa*.

Por último, *Castilla y León* está en proceso de aprobar una nueva **ley de derechos de las personas mayores**, dirigida a ampliar el catálogo de prestaciones y derechos a este grupo etario, a luchar contra la discriminación por razón de la edad y a hacer frente a la soledad no deseada, con recursos y apoyos suficientes para prevenirla, detectarla y actuar contra la misma.

Asimismo se encuentra en avanzado estado de tramitación del **Anteproyecto de Ley Reguladora del Modelo de Atención en los Centros de Carácter Residencial y Centros de Día para Cuidados de Larga Duración**⁶⁹, cuya finalidad es regular el régimen jurídico del nuevo modelo de atención integral y centrado en la persona en los centros de carácter residencial y en los centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración, para personas en riesgo o situación de dependencia y de las personas con discapacidad, así como la organización, funcionamiento, régimen de autorización, la evaluación de calidad y principios que deben regir en ellos. Se trata de una iniciativa bien valorada por el cambio cualitativo que representa en materia de cuidados, pero también nace con algunas deficiencias que los distintos organismos que han emitido informe sobre dicho Anteproyecto han advertido y que convendría revisar en orden a que la norma sea efectiva en su aplicación, como la poca definición de conceptos relevantes como la ratio de profesionales⁷⁰. El alcance fundamental de la norma es, como ha indicado el Comité Económico y Social de Castilla y León, el de “pasar de un modelo en el que exclusivamente se pretende la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados, fundamentalmente asistenciales y sanitarios a las personas usuarias, a otro modelo en el que la atención está basada en la dignidad de la persona y en los principios de autodeterminación e independencia, de modo que se respeten las preferencias de la persona. Para ello, también se procura la atención integral y la asimilación de la vida de los centros residenciales a las condiciones de vida en el hogar familiar”.

C. Comunidades Autónomas sin marco legal propio

En este apartado hemos querido hacer referencia a aquellas Comunidades Autónomas que, sin contar con una normativa específica propia en materia de personas mayores, cuentan con Estrategias singulares que avanzan en la efectividad de sus

⁶⁹ RODRÍGUEZ, P. (coord.): *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento*, Papeles Fundación Pílares, nº8, 2022.

⁷⁰ Puede accederse a los diferentes informes emitidos en la fase de tramitación de esta norma en este link: <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284995393750/HuellaNormativa/1285031288909/Redaccion>

derechos, en particular en cuanto a los cuidados se refiere, al ser los instrumentos de reconocimiento de estos derechos que favorecerán su mejor justiciabilidad.

Hemos querido destacar, por varios motivos, 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 camino para un cambio de paradigma en la sociedad: aprovechamiento y puesta en valor de las oportunidades que brinda la revolución de la longevidad. Se trata de una Estrategia que requiere ser actualizada, pero que focaliza sobre las cuestiones fundamentales en el tratamiento holístico de los cuidados y en la revisión del valor que las sociedades occidentales damos al conocimiento y experiencia adquirida por las personas mayores.

Además, Galicia ha desarrollado otros programas paralelos como el de acogimiento familiar para personas mayores (2019), el de Bienestar en balnearios (2019) o el Manual de violencia de género en personas mayores (2019). Desde 2018 la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia incluye el cohousing en la cartera de servicios para la tercera edad, con el objetivo de dar cobertura legal y desarrollar la normativa para favorecer la implantación de viviendas colaborativas en Galicia, de cara a la prevención de la dependencia.

La aprobación de la Ley 5/2021, de 2 de febrero, de impulso demográfico de Galicia⁷¹ 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, y promover, a su vez, la participación de las personas mayores en la sociedad, atendiendo las situaciones de soledad no deseada, visibilizando su papel como motor de cambio y contribuyendo a su empoderamiento. Se impulsa la aplicación de las tecnologías en este ámbito y se estimula la denominada economía del envejecimiento, al objeto de dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas mayores a la vez que se aprovecha su potencialidad, se refuerzan los servicios de atención a domicilio, se pone en valor su experiencia y se fortalecen las relaciones intergeneracionales”.

- 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 concepción diferente de lo que significa envejecer. Una vida plena se logrará si la persona se ha visto satisfecha en sus necesidades básicas, según sus capacidades personales, recursos y limitaciones. Se basa en la necesidad de generar un nuevo modelo de abordaje del proceso de envejecimiento desde el protagonismo activo de las propias personas mayores, y regido por los siguientes principios: igualdad, diversidad, equidad, autorrealización, co-creación y solidaridad entre generaciones. Un modelo en el que se incluya, tanto el modelo de cuidados de larga duración, como el enfoque de vida plena, desde una mirada holística; que tendrá en cuenta el itinerario que transita entre las acciones de promoción de la participación, la prevención y la provisión integrada de atenciones durante todo el proceso de envejecimiento.

⁷¹ BOE núm. 78, 1 de abril de 2021.

La Estrategia se estructura en cinco ejes de Intervención que contemplan los diferentes objetivos y compromisos asumidos para los próximos años: I. Ciudadanía activa; II. Transiciones y proyecto de vida; III. Autonomía y Fragilidad; IV. Atención y Cuidados; y V. Investigación e Innovación. Incluye en su desarrollo el análisis de las políticas sobre envejecimiento en el ámbito internacional, estatal y vasco; y lo que es más importante en un país que mayoritariamente no evalúa sus políticas, la Evaluación de la anterior Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020⁷². La Estrategia concluye con la identificación de 14 proyectos tractores que vienen a dar respuesta, desde la acción, a los compromisos adquiridos.

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 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. También se dirige a personas con discapacidad intelectual, física o sensorial y dependencia reconocida en cualquiera de sus grados, así como a personas que padecen una enfermedad mental diagnosticada y presenten una situación de dependencia reconocida o riesgo de exclusión social. Su objetivo es favorecer la permanencia e integración en el entorno familiar y social habitual a personas que, por limitaciones en su autonomía o por encontrarse en situación de riesgo de aislamiento social, pueden requerir una atención urgente o una supervisión frecuente o constante, tanto en su domicilio como fuera de él, evitando el ingreso innecesario en servicios residenciales.

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 ellos, corresponsabilizándose de mejorar su calidad de vida. En este proceso participan personas cuidadoras, las que son cuidadas, y profesionales y entidades expertas relacionadas con el tema. A tal efecto se realizan encuentros abiertos, foros específicos y otras actividades de sensibilización. La Agenda Nagusi está dentro de la Estrategia Vasca de las Personas Mayores desde 2019 hasta la actualidad. Las conclusiones alcanzadas en el desarrollo de las diferentes actividades han dado forma a la citada Estrategia Vasca, siendo ésta un ejemplo de política de participación público-social, gestada desde la colaboración y la confianza depositada por la ciudadanía activa de edad avanzada comprometida con las decisiones comunitarias.

Además, las aportaciones también han servido para la elaboración de la Estrategia Sociosanitaria de apoyo a las Familias Cuidadoras 2021-2024. Asimismo, cabe destacar la segunda edición de este proyecto de participación público-social con las personas mayores llamado Agenda Nagusi TV, un canal de televisión digital dirigido a la población senior. Sus conclusiones servirán también para influir en las políticas del Gobierno vasco, en particular en el ámbito de la soledad no deseada, ayudando a diseñar el Plan Interinstitucional de lucha contra la Soledad no Deseada.

72

Disponible en https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/contenidos/noticia/not_sosa_estrategiavasca/es_def/index.shtml

En el País Vasco destacan algunos servicios prestados que van más allá del ámbito de la atención social destinada a las personas mayores dependientes. Es el caso del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial que, aunque no es específico para personas mayores, pueden ser éstas y su entorno beneficiarios, 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. Su objetivo es que los destinatarios adquieran y desarrollen capacidades personales, familiares o grupales que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitarias; pero también que por efecto de esta intervención se sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes inadecuados por otros más adaptados. Con este tipo de políticas se pretende mejorar la convivencia familiar, las habilidades de atención y cuidado de sus miembros y/o favorecer el desenvolvimiento autónomo.

La importancia de cómo cuidar, de la calidad de los cuidados, se deja sentir también en las políticas del Gobierno vasco que tiene un servicio de apoyo a personas cuidadoras que forman parte de la red sociofamiliar de apoyo a personas en riesgo o situación de dependencia. Un servicio que ofrece la posibilidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y autocuidado y favorece la corresponsabilidad de las personas cuidadoras y redundan en su propia calidad de vida. La autonomía de las personas mayores es centro de atención por las políticas del Gobierno Vasco, no sólo por favorecer medios de apoyo necesarios o ayuda técnica, sino también por adaptar el entorno físico de estas personas para favorecer la accesibilidad y la mayor y mejor autonomía de ellas en este entorno. Especialmente cabe destacar aquellas ayudas destinadas a la vivienda habitual (interior de la vivienda o elementos comunes del edificio en el que se encuentre integrada) o el vehículo particular de transporte (de la persona beneficiaria, cuidadora o de un familiar). No olvidemos que las personas desean cuidarse y ser cuidadas en su propio domicilio, por lo que este tipo de actuaciones, de políticas, redundan en cumplir los deseos de los mayores.

Tiene interés también el Plan Estratégico de Personas Mayores elaborado por la Diputación Foral de Vizcaya⁷³. En él, uno de los ejes, preventivo de la institucionalización, es el apoyo a la permanencia en el domicilio de personas dependientes, apostando por la oferta de recursos que atiendan la voluntad de las personas de permanecer en su entorno habitual, y envejecer en casa rodeado de las pertenencias y recuerdos, preservando su independencia y privacidad; y facilitar que la persona siga tomando sus propias decisiones, con el apoyo, en su caso, de las personas cuidadoras. A tal efecto, el Plan contempla un elenco diversificado de apoyos y servicios de responsabilidad pública para hacerlo posible, incluso cuando las PM presentan niveles significativos de dependencia. Establece que “desde la perspectiva humana del cuidado, es necesario considerar que las personas más vulnerables y necesitadas no sólo precisan de leyes e instituciones que les garanticen una protección y una asistencia justa, sino que necesitan asimismo de una red de relaciones y de personas que estén a su lado, que las acompañen y las atiendan personalmente. Así, la ética de la justicia requiere del complemento de la ética del cuidado y, por tanto, es necesario atender el cuidado y a las personas que prestan este cuidado, para contar con una buena red de personas cuidadoras,

73

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

motivada y formada para ello”. Entre las políticas en curso para cumplir tal objetivo se encuentran: prestación económica por cuidados en el entorno familiar; formación y apoyo a personas cuidadoras de personas dependientes incluso las hospitalizadas en colaboración con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco; medios técnicos y tecnológicos desarrollados en colaboración con universidades y centros tecnológicos para apoyar el cuidado en el domicilio poniendo las nuevas tecnologías al servicio del bienestar de las personas; o a través del protocolo de actuación para la prevención, detección y atención de personas mayores que pudieran sufrir malos tratos en el ámbito familiar.

Se trata de un Plan estratégico que parte de las siguientes premisas en la prestación de servicios públicos: el abandono de un enfoque asistencialista y burocrático, que tiende a reemplazar las redes y entornos de las personas; y la apuesta por un enfoque relacional y comunitario orientado a ofrecer a las personas los apoyos flexibles que les permitan permanecer en su entorno a través del desarrollo de servicios personales e intervenciones colectivas promotoras de la autonomía personal, la activación comunitaria, y la autogestión social, buscando las sinergias entre los derechos sociales garantizados por las administraciones públicas y las responsabilidades sociales ejercidas por la ciudadanía, a través de diferentes fórmulas asociativas y cooperativas, altruistas o mutualistas, más o menos formalizadas.

Por último, hay que destacar el servicio gratuito que presta la Diputación Foral denominado etxeTIC⁷⁴ que ofrece apoyo a los cuidados para la permanencia en el hogar, en la búsqueda por:

- Mejorar la calidad vida objetiva (cómo está) y percibida (cómo se siente) de las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras.
- Favorecer la corresponsabilidad en los cuidados.
- Reducir la sobrecarga de las personas cuidadoras.
- Evitar o retrasar el ingreso en una residencia a las personas que deseen permanecer en su hogar.

• **Navarra** cuenta con la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022. Las áreas sobre las que se focaliza en la estrategia son las siguientes: 1. Participación y acción social 2. Educación, formación y aprendizaje 3. Promoción de estilos de vida saludables 4. Servicios sociales, de salud y comunitarios 5. Cuidar y cuidarse 6. Seguridad económica, social y laboral 7. Ciudades, pueblos y barrios accesibles, activos y seguros 8. Viviendas y residencias activas y seguras 9. Información y comunicación social. Imagen social positiva 10. Investigación, innovación y desarrollo regional. 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.

La prevención de la dependencia ha sido la gran olvidada en las políticas públicas de cuidados. 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 dependientes o las personas cuidadoras. Asimismo, desataca por facilitar a personas mayores con escasos recursos el acceso a comedores con la

⁷⁴ Puede consultarse en: https://www.bizkaia.eus/es/etxetic?Tem_Plid=7992718

finalidad de asegurar una dieta equilibrada, y favoreciendo la permanencia de la persona en su propio entorno con calidad de vida.

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 los 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. Navarra ha desarrollado el programa Vivifrail que es un programa de promoción del ejercicio físico, referente de intervención comunitaria y hospitalario para la prevención de la fragilidad y las caídas en las personas mayores. Este programa se enmarca en la Estrategia de Promoción de la Salud y Calidad de Vida en la Unión Europea. A través de una formación presencial a distancia, se favorecen programas diferenciados para cuatro categorías de personas: mayores robustas, mayores que no tengan dificultades para caminar, mayores que cuenten con limitación leve y, por último, mayores con limitación grave. Cuenta con campañas como la de “Mayores en positivo” que pretenden sensibilizar a la población respecto a la imagen positiva del envejecimiento (serenidad, experiencia, sabiduría, respeto, independencia o memoria), considerándolo como un proceso de toda vida y que muestra a estas personas como activas y en un porcentaje alto (70/80%) como autónomas e independientes en términos funcionales.

Consciente de la importancia de la participación de las personas mayores, Navarra insta desde el ámbito público al asociacionismo de estas a través de los clubs de jubilados, en tanto que espacios de autoorganización de actividades culturales, recreativas y sociales específicas, que son lugares para relacionarse socialmente, ocupar el tiempo de manera activa y combatir el aislamiento. Relevantes por los años de existencia y la cantidad de socios son el Club Irubide (600 mayores) y la Asociación El Salvador de la Rochapea (400 mayores).

- **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, junto con los servicios sociales municipales de la comunidad que recibió el premio Senior otorgado por el Grupo Editorial Senda. La función de dicho protocolo es la orientación a los 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 más vulnerables. Además, ofrece formación a estos 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. Se trata de herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, en entornos poco accesibles y de población dispersa, promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia en el medio rural. En este sentido apoya el mantenimiento de las personas mayores en su domicilio, presta asesoramiento y apoyo a familias cuidadoras, acerca servicios (lavandería, comida a domicilio, atención personal -peluquería o podología-), favorece transporte y ayudas técnicas, entre otras actuaciones. Asimismo, dispone de ayudas individuales otorgadas al

acogimiento familiar de personas mayores que, carecen de hogar adaptado a sus características, y pueden optar gracias a estas ayudas a vivir con un grupo familiar adecuado en lugar de quedar institucionalizadas. Iniciativas como ésta relega la opción residencial a un plano subsidiario. Asturias además fue pionera en contemplar el cohousing o alojamiento colaborativo como equipamiento con cabida en el sector de los servicios sociales. La fundamentación reside en que “ya que no son meras viviendas al incluir entre sus objetivos el apoyo ante situaciones de dificultad (cuidados personales entre otros) y la promoción de una vida social activa y colaborativa dentro y fuera de su comunidad”.

- **Madrid** cuenta con la Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021. Se plantean como estratégicas las siguientes líneas: promover medidas enfocadas al envejecimiento activo y a la prevención de las situaciones de dependencia; promover medidas enfocadas a la atención de personas mayores autónomas en dificultad social; desarrollo del Catálogo de Servicios y Prestaciones para personas en situación de dependencia; mejorar la coordinación socio sanitaria; y desarrollo de una organización integrada, moderna e innovadora en la prestación de servicios públicos. La estrategia tiene una revisión semestral del resultado de los indicadores, con una explotación anual de los resultados agregados. En ella se prevé que sea seguida en sus resultados trimestral y anualmente en los resultados alcanzados.

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. Igualmente dispone de actividades de dinamización de las residencias y centros de día de personas mayores (arte, música, museos, concursos, etc.). 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), que se articula en torno a los siguientes ejes sobre los que se ordenan los servicios, prestaciones, recursos y programas de actuación: Garantía de Derechos y protección de las personas mayores; promoción del envejecimiento activo: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal; atención a la dependencia; participación y colaboración comunitaria; Coordinación y colaboración interinstitucional; e inspección de centros y servicios y promoción de la calidad. En ejecución de esta Estrategia destaca el Programa de Envejecimiento activo y CuidARTE que focaliza en cuatro áreas de acción, la actividad física (gerontogimnasia, espalda sana y reeducación postural, etc.), área cognitiva a través del entrenamiento de la memoria, área de formación en informática (inicial y avanzada) y área de crecimiento personal para las personas mayores y sus cuidadores.

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 aquellos 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. Tiene 31 hogares y alcanzan a una población mayor de 150.000 personas.

• **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:

a) Prevenir el deterioro cognitivo y la aparición de la demencia (Ajedrez Saludable y Entrenamiento de la memoria). El plan de atención del deterioro cognitivo contempla numerosos ejercicios para poder hacer en casa para la vida diaria, para estimular la mente y para mantenerse activo y ocupado. Además, Extremadura es pionera en la atención a personas mayores a través de robots que son capaces de valorar el deterioro cognitivo y realizar actividades para prevenirlo (Centro residencial Servimayor de Losar de la Vera, de Cáceres), desarrollado en el marco de un proyecto europeo liderado por la Universidad de Milán.

b) Promover la participación de las personas mayores en ámbitos sociales, culturales y políticos (Clubes de Lectura y otras actividades culturales, Certamen Literario Experiencia y Vida, Programas Intergeneracionales, Voluntariado, etc.).

c) 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 como “El Ejercicio Te Cuida”, Estrategia de cronicidad y Plan de Salud del Servicio Extremeño de Salud (SES), Escuelas de Cuidados y Salud del SES, Programa para la Prevención de Caídas: “8 pasos”, Acciones Formativas para la Prevención de la Violencia de Género y del Maltrato a las Personas Mayores;

d) Servicio de Telesistencia a través de un dispositivo electrónico instalado en el domicilio de estas personas que favorece el contacto telefónico en caso de necesidad. Se trata de una planificación estratégica en la nueva concepción de los cuidados y del alcance holístico con el que los mismos han de ser atendidos, que le ha valido a Extremadura el reconocimiento internacional ‘Reference Site’ concedido por la Comisión Europea. Este reconocimiento se le atribuye por considerarlo un “lugar de referencia por la tarea que está realizando en el ámbito del envejecimiento activo y saludable”, al haber sido capaz de proporcionar evidencias y ejemplos concretos de su impacto, como los señalados, que han aportado soluciones y acciones eficientes.

• La **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 orientada a promocionar el bienestar y la autonomía a medida que envejece, a través del desarrollo de sus capacidades desde un enfoque comunitario. Realizar programas enfocados a prevenir la institucionalización de las personas y la prevención de maltratos.

2. Convivencia y solidaridad intergeneracional orientada a promover los entornos amigables, inclusivos, accesibles y seguros que faciliten la interacción social y apostar por programas de convivencia para la relación intergeneracional y proyectos de dinamización comunitaria.

3. Inclusión y acceso a los servicios públicos que busca garantizar la universalidad de los servicios y prestaciones que favorezcan la inclusión en el proceso de envejecimiento activo.

4. Retos demográficos que se dirigirá a fomentar y potenciar la dinamización, participación y permanencia de las personas mayores en el entorno rural, con el fin de arraigar a las personas en el territorio.

5. Participación, que apuesta por un nuevo paradigma del envejecimiento activo, que otorgue visibilidad y protagonismo a las personas mayores.

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

a) El Pla Convivint 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. Aboga por la humanización de los espacios, la tecnología al servicio de los derechos y la sostenibilidad y transición ecológica.

b) 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. Se trata de una apuesta firme por la autodeterminación de las personas, y propone el máximo acompañamiento y apoyo a las personas mayores, sus familias y las personas que las acompañan.

• Por último, encontramos algunas Comunidades Autónomas que no tienen normativa específica propia ni una estrategia de envejecimiento activo, pero se encuentran trabajando en ella.

➤ Comunidades de **Castilla - La Mancha** que contempla únicamente un marco genérico de actuación ante el envejecimiento activo cuyo objetivo es la atención integral de necesidades (psico-físicas y sociales) de las personas mayores desde un enfoque centrado en la persona e incluso mediante recursos, servicios y actuaciones de promoción del envejecimiento activo y saludable, de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, de protección de los derechos y de calidad.

➤ Cantabria, que aborda la materia desde la Estrategia frente al Reto Demográfico de **Cantabria 2019-2025** y la Estrategia “Horizonte 2030” que apuesta por el desarrollo y potenciación de servicios de proximidad y prestaciones técnicas y tecnológicas que faciliten el desenvolvimiento, con la

mayor autonomía posible, de las personas en sus redes familiares y comunitarias; y también por el desarrollo de experiencias transformadoras de coordinación intersectorial y atención integrada entre servicios sociales y sanidad, vivienda, garantía de ingresos, empleo y educación.

2.2.2.- Una mirada desde los criterios de desinstitucionalización

En este punto se expone un análisis normativo a través de los principios específicos (o criterios de actuación) definidos en el Estudio del Ámbito 7 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.

1º. Enfoque Basado en Derechos

La incorporación del EBD en la normativa que regula los cuidados de las personas mayores supone que, en ella, los derechos son el punto de referencia constante —en el espacio público y en el privado— cuando se abordan los problemas, necesidades y acciones para proteger la dignidad de las personas. Es un enfoque que tiene muy presente el marco internacional de los derechos humanos y que incorpora una metodología de trabajo que tiene a la participación, la información contrastada y la efectividad real de los derechos como punto de referencia constante⁷⁵.

Todas las normas autonómicas que regulan los cuidados de las personas mayores contienen referencia a sus derechos fundamentales. Normalmente a través de listas de principios informadores de la actuación administrativa (o de los centros) y listas de derechos de los usuarios. Sin embargo, esa mera enunciación de principios y derechos, siendo positiva, no es suficiente para considerar que el EBD está presente. Así, se entenderá que la norma incorpora este enfoque cuando de modo indudable la persona mayor y la garantía de sus derechos esté en el centro de toda la regulación, sobre todo en asuntos relacionados con aspectos organizativos.

Son normas especialmente completas en la ‘declaración de derechos’ de los usuarios, además de la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, de la Comunidad Autónoma de Andalucía y la Ley 5/2003, 3 abril 2003, de atención y protección a personas mayores de Castilla y León, varias de las leyes de servicios sociales autonómicas. De entre estas destaca, por ejemplo, la Ley 3/2019 de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. Se trata de una Ley muy precisa y completa, que incorpora muchos de los elementos vinculados a la desinstitucionalización, fundamentalmente por medio de definiciones, principios y objetivos. Es muy completa en la lista de derechos, que traslada a la reglamentación del régimen interior de los centros, y que también contempla los derechos y deberes de las personas que prestan los servicios sociales. Reitera la perspectiva relacional, la inclusión, la permanencia en el contexto propio, la coordinación institucional y la atención integral centrada en la persona. Aun así, no introduce / profundiza en propuestas que están en la base de un cambio de modelo. En la misma línea la Ley 16/2019, de Servicios Sociales de Canarias (que por ejemplo remarca el carácter de derecho subjetivo el acceso a las prestaciones sociales, y la posibilidad de reclamar para hacerlo efectivo), la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que incorpora una lista

⁷⁵ HELPAGE ESPAÑA: *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Madrid, 2021.

bastante de derechos muy completa (aunque se echa en falta derechos con perspectiva relacional y comunitaria), o la Ley 12/2008, de Servicios Sociales Vasca, que incorpora muchos de los elementos vinculados a la desinstitucionalización, fundamentalmente por medio de principios y objetivos; reitera la perspectiva relacional, la inclusión, la permanencia en el contexto propio, la coordinación institucional y la atención integral centrada en la persona. Aun así, no introduce o profundiza en propuestas que están en la base de un cambio de modelo.

Destaca, ya entre las normas reglamentarias, el Decreto Foral 92/2020, de Navarra, que regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e Inclusión social⁷⁶. Dentro del marco institucional de las residencias, contiene una lista exhaustiva de derechos que plantean claramente la desinstitucionalización, en el ámbito subjetivo, emocional, en el organizativo y en el profesional (tiene en cuenta la historia vital de la persona, así como sus factores culturales; atiende a las emociones, favorece la autonomía el día a día, la capacidad de decisión y elección y el control de la persona mayor sobre los cuidados que recibe). Y merece mención el Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas. Se trata de una norma original, pues establece un catálogo de derechos aplicable a todos los usuarios y profesionales de los servicios públicos. Muy completa y directamente influida por los principios del EBD y la AICP. Destaca la precisión con la que están desarrollados los derechos, dejando una menor opción a la interpretación laxa de los mismos.

En cualquier caso, la mayor parte de las normas reglamentarias autonómicas están lejos de incorporar el EBD. Como ejemplos pueden valer la Orden de 3 de junio de 2004, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Centros de día de atención social a personas mayores de la Comunidad Autónoma de Canarias (reconocimiento mínimo y formal de derechos, básicamente reglamentista, organizacional, sin ninguna perspectiva de desinstitucionalización o preocupación por las relaciones con la comunidad de las personas usuarias).

2º. Atención integral centrada en la persona y personalizada

La AICP es un principio básico de un modelo desinstitucionalizado de cuidados, y se refiere a todas aquellas prestaciones profesionales que tienen como bien primero a la persona y a a familia o unidad de convivencia, desde un enfoque holístico y con la efectiva participación de la persona en el propio proceso de atención.

Como en el caso del EBD, la AICP está presente de forma expresa o implícita en casi las normas que regulan los servicios sociales y, más concretamente, en aquellas que tratan los servicios y centros residenciales para personas mayores. Así, la reciente Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, su Decreto (previo, de 2005), por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores; o en La Rioja, el Decreto 18/2011 por el que se

⁷⁶ Modificado por el decreto foral 38/2023, de 5 de abril, de modificación del decreto foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la comunidad foral de navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, y del decreto foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general, y por el que se aprueban los servicios sociosanitarios para la atención integral social y sanitaria y la cartera de servicios de políticas migratorias

regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos; en estas y en muchas otras se encuentra la idea de que el cuidado debe estar centrado de forma integral y continuada en la persona.

Sin embargo, lo relevante es que esas mismas normas incorporen previsiones precisas, más allá de los principios, que favorezcan el conocimiento de quién es la persona cuidada (historias de vida completa), la capacidad de decisión y elección de los usuarios, la autonomía en su día a día y el control sobre los cuidados que reciben. Esto requiere normas muy precisas. Estas pueden ejemplificarse con la previsión recogida en la Ley Vasca de Servicios Sociales, la cual realiza una interesante mención al riesgo calculado como parte de la autonomía e independencia en la toma de decisiones (“derecho a la autonomía, entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo”; art.9c); o, en la misma Ley, el detalle con el que el art.19 regula el procedimiento básico de intervención (“cuando en el ejercicio de sus funciones las personas profesionales constaten la necesidad de proceder a una intervención que requiera un seguimiento, iniciarán un procedimiento de actuación que implicará la realización de un diagnóstico y, si dicho diagnóstico así lo aconsejara, la elaboración de un plan de atención personalizada, el acompañamiento de la puesta en marcha de las medidas, incluidas las prestaciones y servicios, contempladas en dicho plan, así como la realización de un seguimiento y evaluación. El referido plan de atención personalizada definirá el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé, pudiendo los servicios asignados elaborar, si lo estimaran necesario y conveniente, una programación individual para garantizar la mejor adecuación a las necesidades individuales”). O en o en la Orden de 2001 de Castilla - La Mancha, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha, en las que se contemplan viviendas de mayores, con un enfoque centrado en la persona y basado en la comunidad (art. 4).

3º. Promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales

La normativa dirigida a impulsar procesos de desinstitucionalización y configurar modelos de cuidados centrados en la persona presupone el reconocimiento, la promoción y la garantía de la autonomía y los derechos fundamentales de la persona mayor. Resulta evidente que garantía del ejercicio de los derechos y autonomía van de la mano, y que esta no puede satisfacerse sin la efectividad de aquellos.

Es habitual la inclusión de listas de derechos en las diferentes normas que regulan los diferentes aspectos de los cuidados (leyes de servicios sociales en general y decretos que regulan la acreditación y funcionamiento de los distintos establecimientos para las personas mayores). Como se ha dicho ya en el primer criterio (EBD) esas listas son, bien simples reproducciones de derechos generales (las leyes más alejadas en el tiempo), bien declaraciones más completas, adaptadas y trasladadas a la reglamentación del régimen interior de los centros, en las que también se contemplan los derechos y deberes de las personas que prestan los servicios sociales (por ejemplo, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana). La promoción y protección real de esos derechos tiene que ver, pues, con la precisión y la perspectiva de edad con que las normas abordan las situaciones en las que se ven envueltas las personas mayores. De entre todas ellas deben subrayarse aquí dos derechos: el de privacidad y el de autonomía vinculado a las restricciones.

En relación con la privacidad, indicar que el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco contiene, en el marco de una cuidada relación de derechos, una precisa descripción de todo aquellos que debe respetarse para proteger la intimidad de los mayores residentes (tener cerrada la puerta de la habitación, obligación del personal de llamar a la puerta y esperar a que se le invite a entrar, cerrar con llave armarios y cajones, recibir visitas en la habitación, tener enseres propios en la habitación, etc; véase art.38).

En relación con las restricciones, estas son aquellos “actos u omisiones por parte de otra(s) persona(s) que tengan el efecto o el propósito de restringir el movimiento de un individuo y la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente”. Esta es la definición que el *Estudio del ámbito 3 —Restricciones. Personas Mayores—* nos ofrece para caracterizar estas restricciones, una de las realidades más graves de los modelos institucionalizados. Nos remitimos al punto 4.2 de este Estudio —‘Normativa aplicable y protocolos— que, al no existir normativa específica a nivel estatal, aborda la regulación general y sectorial que incide sobre la adopción de estas restricciones. Debe indicarse que el mismo Decreto del País Vasco, establece limitaciones a las sujeciones: “se intentará evitar la utilización de sujeciones físicas, teniendo para ello la posibilidad de asumir determinados niveles de riesgo calculado, pero en aquellos casos que, por condicionamientos de índole física o psíquica, puedan preverse situaciones de riesgo para la integridad de la persona usuaria o del resto de personas usuarias, una vez descartadas otras opciones y siempre como última alternativa, podrá recurrirse a una medida de sujeción, supeditada a prescripción médica con el preceptivo consentimiento informado y siguiendo los protocolos de actuación” (art.34). No es un caso extendido.

4º. Promoción y conservación del hogar propio. Derecho a la vivienda.

La permanencia de la persona mayor en su hogar constituye una manifestación del principio de autonomía, independencia y libre elección sobre su proyecto de vida. Promover el envejecimiento en el hogar desde las administraciones públicas durante el todo el tiempo que ésta desee y sea posible, favorece su bienestar físico y psíquico, le hace ganar autoconfianza, autoestima y seguridad, previene su dependencia o discapacidad, y refuerza sus lazos familiares, comunitarios y sociales, porque la persona mayor no abandona su entorno en el que está integrado. No en vano, el que ha constituido su domicilio es el medio natural donde la persona se ha desarrollado, donde su intimidad queda preservada y donde, desde su libertad, ha proyectado sus deseos y voluntades, y por ello seguir viviendo en él, en el que ha sido su entorno, es su preferencia, para garantizar su calidad de vida, y mantener vivas y activas sus relaciones familiares y sociales, jugando un rol activo como miembro de esta. Garantizarlo requiere de un plan de apoyos a domicilio seguro, personalizado y sostenible, que incorpore una atención sociosanitaria y también ayudas orientadas a la adecuación de la vivienda para favorecer conductas independientes y autónomas.

La efectividad de este derecho de la persona mayor constituye la mejor vía para evitar la institucionalización o para promover el retorno al hogar en caso de haber sido ya institucionalizado. Una de las primeras normas en apostar por ello de manera expresa es la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, que sitúa como objetivo de los servicios sociales favorecer el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación (art.12) e insta a que las administraciones públicas promuevan todos los programas y alternativas dirigidos a favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno, como puedan ser la integración familiar a cuyo efecto destina apoyo con información y formación y medidas de soporte

sociosanitarias (art.9), destinado a fomentar la integración del mayor en su propia familia u otras familias, el alojamiento de jóvenes con personas mayores, las viviendas compartidas con varias personas, mayores o jóvenes y mayores indistintamente, con grado de autonomía (art. 19).

De interés resulta la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones de Canarias que incorpora entre sus principios el de promover la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida (art. 1) y a tal efecto diseñar políticas de alojamiento adaptados a las necesidades de cada persona, procurando respetar al máximo la tendencia natural de las personas a residir en su propia vivienda y/o entorno habitual (art.4), estableciendo medidas de apoyo para dicha permanencia (art.15) como el fomento de su autonomía personal y la mejora en las condiciones de habitabilidad y acceso de su vivienda, el apoyo a las familias que habitualmente conviven con ellas, con especial atención a la figura del cuidador efectivo de los mismos, o el refuerzo del sistema básico de prestación de ayuda a domicilio y teleasistencia a las personas mayores, mediante la colaboración entre organizaciones sociales y las distintas Administraciones públicas.

Otro referente es la Ley 5/2003, 3 abril 2003, de atención y protección a personas mayores de Castilla y León, que contempla el derecho a un alojamiento digno y adecuado y la permanencia en el entorno sociofamiliar, incluso arbitrando fórmulas alternativas de alojamiento que considere la situación y las necesidades de cada persona (art.12). Así, contempla como una tipología de actuación toda aquella que tenga la finalidad de facilitar la permanencia en el entorno familiar, favoreciendo el mantenimiento de su capacidad de autonomía el mayor tiempo posible mediante planes individualizados de actuación (art.29), e instando a arbitrar recursos al efecto, especialmente en el ámbito rural (art.33).

Avanzada se muestra la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco (art.8 b) que en el modelo de atención y de intervención apuesta por la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio. La integración en su entorno personal, familiar y social y la promoción de la normalización se erige principio de actuación (art. 7). Y cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, se abre a posibilitar alternativas residenciales idóneas, por su tamaño y proximidad, y a la integración en el entorno. A tal efecto el derecho a la autonomía le faculta para actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada⁷⁷ asumiendo “niveles de riesgo calculado” (art. 9), como pudiera ser la decisión de envejecer en casa.

En una cultura claramente desinstitucionalizadora se muestra el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social de Navarra, que insta a atender a la persona usuaria de servicios como sujeto de derechos y cuidar su calidad de vida, proporcionándole un estilo de vida cotidiano, cercano, en una voluntad de normalización (art. 39).

De interés es también la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana que como principio de actuación sitúa la

⁷⁷ En este sentido ya se pronunciaba el Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas, que permite poder elegir el propio estilo de vida, participar en la adopción de las decisiones que les afecten directa o indirectamente y ser respetadas en las opciones elegidas (art. 7 a).

promoción de la intervención y la integración de la persona, por lo que las prestaciones irán dirigidas a asegurar el mantenimiento de la persona en su medio convivencial y comunitario (art.6.3) garantizando la autonomía y el desarrollo personal⁷⁸. En este mismo sentido cabe referir la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (art.4 g, i), que concibe como obligación de los poderes públicos la de facilitar los medios necesarios para que las personas dispongan de las condiciones más convenientes y los apoyos necesarios para desarrollar sus proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, tendiéndose al mantenimiento de las personas en su entorno personal, social y familiar y a su inserción social, sin menoscabo de su derecho a la diferencia, con pleno respeto a su libre decisión.

Algo más principalista en la apuesta por la permanencia y contacto de la persona con su entorno habitual se muestra la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales del Principado de Asturias (art.5 h), la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales (arts. 9 y 10), que considera como principio de actuación la prevención, normalización e integración social de la persona.

Por último, sorprende que normas recientes como la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, no apuesten expresamente por la permanencia de la persona en su entorno, a pesar de apostar por la integración social, la autonomía personal y la convivencia familiar (art. 7.3), considerándose en este sentido ancladas en una cultura institucionalizadora.

Derecho a la vivienda

Uno de los últimos hitos legislativos es el alumbramiento de la primera ley de la democracia reguladora de la vivienda, la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda. El derecho a la vivienda digna y adecuada viene reconocido en el art. 47 de la Constitución española, pero no había sido desarrollado normativamente por parte del legislador estatal, habían sido las Comunidades Autónomas las encargadas en el ámbito de sus competencias de legislar sobre la materia.

Las medidas que incorpora esta Ley estatal van destinadas especialmente, y por lo que en este estudio interesa, a favorecer el acceso y la conservación de la vivienda de aquellos colectivos en situación de vulnerabilidad, como el de las personas mayores. La vivienda como es bien sabido es un derecho que presenta un impacto directo sobre la vida de las personas, especialmente en lo relativo a su autonomía e independencia, pero también en relación con otras dimensiones de la persona no menos relevantes, constitucionalmente reconocidas, como el derecho a la integridad física y moral (art. 15), la intimidad personal y familiar (art. 18), o la protección de la salud (art. 45), y con carácter general el libre desarrollo de su personalidad y la dignidad (art. 10.1). La vivienda representa, como reconoce la propia Ley 12/2023, un pilar central del bienestar social, por ello se acometen en ella medidas destinadas a salvaguardarlo, como entre otras, la regulación de los parques públicos de vivienda, con el ánimo de favorecer su desarrollo, protección y eficiencia para atender a sectores de población vulnerabilizados, como las personas mayores; o también el apoyo a los parques sociales de vivienda de entidades del tercer sector.

⁷⁸ La atención prestada por el sistema público valenciano podrá ser evaluada de acuerdo con lo dispuesto por el Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, que evaluará si se ha realizado una atención social personalizada, integral y continua en el que la persona haya participado en la toma de decisiones (art.4).

De gran interés para el reconocimiento del derecho a la vivienda de las personas mayores resulta la definición que ofrece esta Ley estatal de lo que entiende por vivienda digna y adecuada, considerando por tal aquella que “por razón de su tamaño, ubicación, condiciones de habitabilidad, *accesibilidad universal*, eficiencia energética y utilización de energías renovables y demás características de la misma, y con acceso a las redes de suministros básicos, *responde a las necesidades de residencia de la persona o unidad de convivencia en condiciones asequibles conforme al esfuerzo financiero, constituyendo su domicilio, morada u hogar en el que poder vivir dignamente, con salvaguarda de su intimidad, y disfrutar de las relaciones familiares o sociales, favoreciendo el pleno desarrollo y la inclusión social de las personas*” (art. 3 c), siendo considerada infravivienda aquella que no reúna dichas condiciones (art. 3 b).

La cursiva destaca precisamente aquellos elementos que conviene poner en evidencia con respecto a las personas mayores, pues refiere la idea de que la vivienda será adecuada y se considerará digna en tanto que responda a las necesidades de la persona mayor, que pueden ir variando durante las distintas etapas de su vida, por ello resulta tan determinante la cuestión de asegurar su habitabilidad, garantizando la accesibilidad universal. Y ello hasta el punto de reconocer que cuando no cumpla con los requisitos mínimos de seguridad, accesibilidad universal y habitabilidad exigibles a la edificación se podrá calificar de infravivienda. El legislador asume abiertamente un compromiso por la accesibilidad universal en el parque de vivienda (art.13.2), especialmente con respecto a las personas con discapacidad y aquellas que por razón de su edad avanzada necesiten una vivienda accesible, favoreciendo la accesibilidad universal de los parques de vivienda generada o promoviendo medidas de adecuación efectiva.

Con carácter general el legislador estatal identifica como una finalidad primordial de las políticas de vivienda el tratar de eliminar toda discriminación en el acceso a la vivienda y en el disfrute de esta (art. 2 l) que no responda a las características de lo que se considera una vivienda digna y adecuada.

Igualmente relevante resulta la afirmación de que la vivienda debe favorecer el pleno desarrollo y la inclusión social de las personas, pues conecta con el derecho de la persona mayor a relacionarse con su entorno para favorecer su autonomía relacional y permitir y asegurar el envejecimiento en casa en las mejores condiciones de bienestar y seguridad para la persona.

Por último, la Ley 12/2023 reconoce como derechos con respecto a la vivienda el del acceso en formatos accesibles a la información sobre programas públicos de vivienda y a prestaciones, ayudas y recursos públicos en materia de vivienda en función de su situación social y económica, así como de sus circunstancias personales y familiares.

El Plan Estatal de acceso a la vivienda 2022-2025 contempla entre sus objetivos a medio plazo el incrementar la oferta de vivienda en alquiler asequible para las personas mayores o con discapacidad, mediante ayudas a la promoción de viviendas con diseño, instalaciones y servicios que respondan a sus especiales circunstancias, ya sean de titularidad pública o privada, y ya sean de nueva edificación o procedentes de la rehabilitación de edificios preexistentes que se vayan a destinar durante un plazo determinado al alquiler asequible con rentas limitadas y para arrendatarios con ingresos limitados.

Asimismo contiene programas de mejora a la accesibilidad y erradicación de la infravivienda y programas de fomento de viviendas para personas mayores o personas con discapacidad a través de la promoción de alojamientos o viviendas de nueva construcción o procedentes de la rehabilitación de edificios que se vayan a ceder en uso

o destinar al arrendamiento con alquiler limitado. En particular, se trata de promover viviendas con prestaciones adicionales para personas mayores y con discapacidad (asistencia social, atención médica básica disponible veinticuatro horas, limpieza y mantenimiento, dispositivos y sistemas de seguridad, restauración, actividades sociales, deportivas, de ocio y culturales así como terapias preventivas y de rehabilitación)⁷⁹. El diseño de los espacios ha de garantizar la adecuación y accesibilidad para permitir el uso por parte de personas mayores o, en su caso, de personas con discapacidad en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

Como antes se ha afirmado, no son pocas las Comunidades Autónomas que han legislado sobre el acceso a la vivienda ante la ausencia de una norma estatal, desde sus múltiples títulos competenciales habilitantes para ello, y amparadas en el principio de la función social de la propiedad, lo que ha determinado numerosos recursos de inconstitucionalidad. En ellas encontramos de manera recurrente una referencia explícita a garantizar el acceso a la vivienda de colectivos en situación de especial vulnerabilidad, entre los que sitúan, aunque no siempre se hace expresamente, a las personas mayores. Algunas de estas leyes son Cataluña con Ley 4/2016, de 23 de diciembre, de medidas de protección del derecho a la vivienda de las personas en riesgo de exclusión residencial [STC 8/2019, de 17 de enero (Tol 7028467)] y Decreto-Ley 17/2019 de 23 de diciembre, de medidas urgentes para mejorar el acceso a la vivienda [STC 16/2021, de enero (Tol 8310392)], Andalucía con Ley 4/2013, de 1 de octubre, de medidas para asegurar el cumplimiento de la función social de la vivienda [STC 32/2018, de 12 de abril (Tol 8485295)] y Decreto Ley 6/2013, de 9 de abril, de medidas para asegurar el cumplimiento de la función social de la vivienda [STC 93/2015, de 14 de mayo (Tol 5001983)], Aragón con su Decreto Ley 3/2015, de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón, de medidas urgentes de emergencia social en materia de prestaciones económicas de carácter social, pobreza energética y acceso a la vivienda [STC 5/2019, de 17 de enero (Tol 7025396)] y Ley 10/2016, de 1 de diciembre, de medidas de emergencia en relación con las prestaciones económicas del Sistema Público de Servicios Sociales y con el acceso a la vivienda en la Comunidad Autónoma de Aragón [STC 21/2019, de 14 de febrero (Tol 7087866)], Canarias con Ley 2/2014, de 20 de junio, de modificación de la Ley 2/2003, de 30 de enero, de Vivienda de Canarias y de medidas para garantizar el derecho a la vivienda [STC 43/2018, de 26 de abril (Tol 6599093)], Extremadura con Ley 2/2017, de 17 de enero, de emergencia social de la vivienda en Extremadura [STC 106/2018, de 4 de octubre (Tol 6861895)], Murcia con Decreto Ley 10/2020, de 8 de octubre, por el que se establecen medidas de lucha contra la ocupación de las viviendas en la Región de Murcia y se modifica la Ley 2/2012, de 11 de mayo, y el Decreto Legislativo 1/1999, de 2 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Hacienda de la Región de Murcia [STC 102/2018, de 4 de octubre (Tol 6861905)], Navarra con Ley Foral 24/2013, de 2 de julio, de medidas urgentes para garantizar el derecho a la vivienda en Navarra [STC 16/2018, de 22 de febrero (Tol 6537959)], País Vasco con Ley 3/2015, de 18 de junio, de Vivienda [STC 97/2018, de 19 de septiembre (Tol 6814938)] y, por

⁷⁹ Puede verse el alcance de este plan estatal en Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Bono Alquiler Joven y el Plan Estatal para el acceso a la vivienda 2022-2025, y también puede accederse digitalmente al mismo, a las medidas y objetivos y a los enlaces con las diferentes Comunidades Autónomas en: <https://www.mitma.gob.es/vivienda/plan-estatal-de-vivienda/plan-2022-2025/enlaces-a-ccaa-ceuta-y-melilla#pagina-menu-interior>

último, la Comunitat Valenciana con Ley 2/2017, de 3 de febrero, por la función social de la vivienda de la Comunitat Valenciana [STC 80/2018, de 5 de julio (Tol 6673371)].

La última normativa autonómica aprobada que conviene poner de manifiesto por las explícitas referencias a las personas mayores y a su derecho al bienestar en una lógica convivencial de lucha contra la soledad no deseada y el aislamiento social es la Ley 3/2023, de 13 de abril, de viviendas colaborativas de la Comunitat Valenciana.

Esta Ley pretende fomentar y normalizar un modelo habitacional alternativo al de la vivienda tradicional, y dotar de seguridad jurídica a las actuaciones que se promuevan con la finalidad habitacional conocida como cohousing, covivienda o vivienda colaborativa. Los objetivos sociales y constitucionales que promueve esta ley son los siguientes:

- Hacer efectivo el derecho a una vivienda asequible, digna y adecuada mediante un tipo de viviendas, las colaborativas, en que el factor especulativo se destierre, al acceder a las viviendas mediante el pago de una cuota actualizada, cuyo precio cierto no está sometido a las leyes del mercado. Por ello, queda circunscrito a las sociedades cooperativas, cuya finalidad es la de satisfacer las necesidades de las personas socias, y a las asociaciones
- Impulsar la reorientación del modelo productivo en materia residencial, mediante la rehabilitación y/o construcción de viviendas con un alto nivel de eficiencia energética, cumplimiento normalizado, asequibilidad en el acceso, descarbonización e integración de las energías renovables, ciclo de vida y circularidad con el fin de lograr un buen nivel ambiental, de bienestar y de salud.
- Promover el hábitat colaborativo, de manera que quienes participen conjuguen el uso privado de una vivienda al mismo tiempo que comparten con otras personas unos espacios y usos comunes. La membresía de estas comunidades cohabitaría en un conjunto residencial que contaría con los necesarios servicios y suministros complementarios, la convivencia desde la cooperación, basada en un espíritu de solidaridad y tolerancia; tener cubiertas las necesidades materiales que se vayan presentando en la vida; establecer un modelo de organización democrático, horizontal, transparente y participativo con el cuidado de las personas en el centro de su actividad. En este sentido, se apuesta por un tipo de viviendas que favorecen la inclusión social desde un enfoque desinstitucionalizador, la sostenibilidad económica y ambiental, la independencia personal, el acceso a las prestaciones asistenciales domiciliarias, el disfrute del tiempo libre y la participación en la toma de decisiones, como indica la propia Exposición de Motivos.

5ª. Relaciones familiares

El principio de relaciones familiares en la provisión de los cuidados a las personas mayores hace referencia a la importancia para la persona mayor de no sentirse desvinculados de sus familiares, de estar integrados en la unidad familiar y recibir el apoyo de sus familias, ya estén recibiendo los cuidados en el propio domicilio o en un centro residencial. Es, no obstante, en el caso de los cuidados que se provén en los centros residenciales donde el principio adquiere una mayor relevancia, en el sentido de que es responsabilidad de las administraciones públicas y de los gestores de los centros residenciales, articular los cuidados de una forma que no se impida a las personas mayores recibir el apoyo de sus familiares. Pero, además, también son relevantes los servicios que permitan la permanencia en el entorno familiar, a través del apoyo domiciliario, para que, si así lo desean, las personas mayores sigan recibiendo cuidados en el domicilio, pero con el apoyo de los servicios sociales.

Diversas normas autonómicas reconocen este principio y articulan vías para hacerlo efectivo. Ahora bien, cabe apreciar diferencias en el desarrollo de este principio, pues mientras que algunas comunidades reconocen el principio de una forma más bien dirigida a reconocer el apoyo de las familias como complementario a los cuidados que tienen lugar en los centros residenciales, otras apuestan más claramente por promover la permanencia en el entorno familiar.

De un lado, así pues, la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears, reconoce en el artículo 9 no sólo el derecho a mantener su *relación con el entorno familiar y social, sino también el derecho a considerar como domicilio el centro residencial donde viven*. También, la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, reconoce el principio de relaciones familiares en el sentido de garantizar el apoyo de estas relaciones cuando se trata de los cuidados que se reciben en un centro residencial, al reconocer como derecho en el artículo 5 d) el mantenimiento de las relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas. En un sentido parecido, el Decreto Foral de Navarra 92/2020 de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, promueve en su articulado las relaciones con la familia y con otras personas de referencia o apoyo. Y, asimismo, el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, regula en el artículo 4 como objetivo de los centros residenciales ‘que las personas usuarias mantengan y amplíen las relaciones con la familia y con otras personas residentes o ajenas al medio residencial, y participen, en lo posible, en la vida del centro’.

En relación con la permanencia en el entorno familiar y la promoción de servicios en el domicilio, cabe mencionar la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, de Andalucía, la cual reconoce en el artículo 19 que las Administraciones Públicas fomentarán aquellos programas dirigidos a favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno, tales como la Integración Familiar, fomentando la integración del mayor en su propia familia u otras familias, ‘en caso de que la persona mayor se encuentre solo y existan familias que deseen atenderlos e integrarlos en su propia unidad familiar’. En Aragón el Decreto 66/2016, de 31 de mayo, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón reconoce en el artículo 8 de forma prioritaria el derecho a acceder a las prestaciones que posibiliten la permanencia en el entorno habitual, mientras que asimismo se reconoce el derecho a mantener una relación con el entorno familiar y social.

Por su parte, la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, apuesta también por el reconocimiento de principio de forma claramente proclive a la permanencia en el entorno familiar, cuando se reconoce el principio de proximidad en el artículo 7, *favoreciendo la permanencia en el entorno habitual de convivencia y la integración activa en la vida de su comunidad*, así como en el artículo 10, reconociendo el derecho *‘a recibir atención en el propio domicilio familiar cuando las personas tengan dificultad grave de movilidad física’*. Asimismo esta Comunidad Autónoma, en la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones, reconoce específicamente como objeto de la Ley en su artículo 1, ‘promover la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida’. Esta Ley articula, además, una serie de programas de apoyo a la permanencia en el propio hogar en el artículo 15, como *la mejora en las condiciones de habitabilidad y acceso de su vivienda, el refuerzo de los servicios de ayuda a domicilio y*

la teleasistencia, como el apoyo de las familias 'con especial atención a la figura del cuidador efectivo de los mismos'.

En el mismo sentido de promover la permanencia en el entorno familiar, cabe mencionar la Ley 5/2003, de 3 de abril de Atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, que reconoce este objetivo en el artículo 1 'impulsando las relaciones intergeneracionales y sensibilizando a la sociedad ante sus necesidades', o Extremadura, al reconocer como principio rector en el artículo 5 de la Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales, el principio de proximidad, teniendo en cuenta el ámbito más próximo posible a las personas y la permanencia en el entorno habitual.

Cabe destacar también algunos casos normativos en los que se desarrolla el principio de relaciones familiares de forma más amplia en el sentido de favorecer la proximidad de los servicios sociales con el entorno familiar, ya se estén ofreciendo los cuidados en el domicilio o en el centro residencial. Así, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, reconoce como uno de los principios de planificación en el artículo 43, la 'proximidad', para posibilitar 'la implantación de las prestaciones en las zonas geográficas más susceptibles de garantizar su provisión en un ámbito próximo al lugar de vida habitual de las personas usuarias'. De una forma menos desarrollada, la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, reconoce el derecho a mantener su relación con el entorno familiar y social que será, en todo caso, facilitada. Finalmente, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales reconoce en el artículo 7 que los servicios sociales se orientarán 'a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social y promoverán la normalización, facilitando el acceso a otros sistemas y políticas públicas de atención'.

6º. Atención comunitaria

Prácticamente la totalidad de Comunidades Autónomas reconoce en la legislación autonómica de servicios sociales, el principio de atención comunitaria, en el sentido de que debe promoverse la integración de las personas usuarias de los servicios sociales en la comunidad, favoreciendo las relaciones sociales y el libre desarrollo de las personas en la sociedad. Este es un principio que, o bien se reconoce como principio rector o bien como objetivo del sistema de servicios sociales.

Ahora bien, no suele haber un gran desarrollo de este principio a través de medidas dirigidas a garantizar su efectividad. Como excepción, cabe destacar algunas normas, normalmente decretos u órdenes que regulan el funcionamiento de los centros residenciales o las condiciones de acreditación, que sí que contemplan como obligación que el centro residencial se emplace en el núcleo urbano o en un lugar con facilidad de transporte público a los servicios públicos.

En este sentido, comenzaremos mencionando las leyes que reconocen la promoción de las relaciones comunitarias de forma principalista, para posteriormente destacar algunas normas sectoriales que regularían medidas para garantizar el mismo.

Legislación autonómica que reconoce el principio de atención comunitaria:

- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, Andalucía: en su artículo 12, reconoce que 'El objetivo básico de los Servicios Sociales Comunitarios para las personas mayores será el de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación'. Además, el artículo 19 c) regula las Viviendas Compartidas, 'destinadas a dar alojamiento a varias personas ya sean mayores o a jóvenes y mayores indistintamente, siempre que su grado de autonomía les permita esta convivencia'.

- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, regula en el artículo 2 el objetivo de ‘Atender las necesidades derivadas de la falta de recursos y de las carencias en las relaciones personales y sociales, evitando en lo posible como solución la institucionalización segregadora’, así como el de ‘impulsar la resolución comunitaria de las necesidades sociales, mediante políticas preventivas y comunitarias en todo el territorio’, y el de ‘fomentar la participación, el asociacionismo, la acción voluntaria y las demás formas de intervención solidaria en los asuntos comunitarios’. En el mismo sentido, se reconoce el derecho a mantener una relación con el entorno familiar y social en el Decreto del Gobierno de Aragón que incorpora la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios sociales de Aragón.

- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales del Principado de Asturias, incluye en el artículo 3 como obligación que corresponde al sistema público de servicios sociales ‘Favorecer la participación y el pleno y libre desarrollo de las personas y de los grupos dentro de la sociedad, así como el fomento del desarrollo comunitario’. Además el artículo 24 se dedica a la prevención de la exclusión social, reconociendo que se impulsarán *‘programas o acciones de tipología diversa dirigidas tanto a personas como a grupos específicos y a la comunidad a la que pertenecen para favorecer su propia promoción y las posibilidades de participación social, evitando los efectos de la marginación y la exclusión social’, de forma que se adquieran habilidades y capacidades que permitan la inserción y la autonomía individual dentro de la comunidad.*

- Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. Entre los objetivos del art.3 se encuentra el de ‘promover la participación de la comunidad en la resolución de las necesidades sociales y en particular de las entidades representativas de los colectivos desfavorecidos’. Y el artículo 4 como uno de los principios, regula la intervención comunitaria: ‘El sistema público de servicios promoverá la intervención en el ámbito comunitario con la voluntad de priorizar las acciones preventivas y de conseguir procesos de inserción social íntimamente ligados al entorno social y más cercano a la ciudadanía’.

- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, *regula en el artículo 7 como uno de los principios rectores, la ‘prevención y dimensión comunitaria. causas que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma, desde un enfoque comunitario de las intervenciones’.* Asimismo la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones, contempla en el artículo 3 como criterio de actuación ‘Procurar la integración de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social mediante su inclusión en las actividades que se lleven a cabo en su entorno físico y cultural, fomentando la aportación de la sabiduría y experiencia de los mayores a las restantes generaciones’.

- Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales reconoce como finalidad en el artículo 7 ‘Potenciar la participación y el desarrollo de las personas y de los grupos dentro de la sociedad, así como fomentar el desarrollo comunitario’. Además, también es una finalidad proporcionar el apoyo social que permita superar las desventajas en el uso de recursos comunitarios, las situaciones de conflicto social e interpersonal, la falta de recursos básicos, las situaciones de dependencia y las desventajas derivadas de la discapacidad.

- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha contempla entre los objetivos del artículo 5 ‘Promover la organización comunitaria, la creación de redes sociales, recursos de ayuda mutua y el voluntariado’. Así, también se contempla la atención comunitaria como principio en el artículo 6 del siguiente modo:

‘El Sistema Público de Servicios Sociales habrá de incorporar el enfoque comunitario en todas las intervenciones sociales, favoreciendo la adaptación de los recursos a la comunidad, con la participación de las personas interesadas’.

- Ley 12/2007 de 11 de octubre de servicios sociales de Cataluña. Entre los objetivos de las políticas sociales del artículo 4 se encuentra ‘promover la cohesión social y la resolución comunitaria de las necesidades sociales, mediante políticas preventivas y comunitarias en todo el territorio’ y el de ‘promover la participación, el asociacionismo, la ayuda mutua, la acción voluntaria y las demás formas de implicación solidaria en los asuntos de la comunidad’.

- Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura. Entre las funciones de los Servicios Sociales de Atención Social básica del artículo 16 se encuentra la de desarrollar actuaciones articuladas en torno a las personas, los grupos y la comunidad, orientadas al desarrollo socio-comunitario así como la de desarrollar actuaciones de sensibilización social, fomentar la participación social en el desarrollo de la vida comunitaria, promocionando el voluntariado y fomentando el trabajo en red.

- Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. El artículo 7.3 contempla el principio como finalidad de los servicios sociales, en concreto, ‘favorecer la integración social, la igualdad de oportunidades, la autonomía personal, la convivencia familiar, la participación social y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, mediante una función promotora, preventiva, protectora y de atención frente a las necesidades sociales originadas por situaciones de vulnerabilidad’.

- Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, hace referencia al fomento de la participación comunitaria, el apoyo mutuo, la acción voluntaria y las demás formas de intervención solidaria en los asuntos comunitarios.

- Finalmente, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana contempla la atención comunitaria como principio en el artículo 6 y como derecho en el artículo 10, en concreto, a ‘recibir una atención personalizada integral, a lo largo de su ciclo vital, en la que se consideren los aspectos individuales, familiares y comunitarios’.

Como se comentaba, algunas órdenes o decretos de funcionamiento y autorización de los servicios y centros residenciales o de servicios sociales de algunas Comunidades Autónomas, sí que incorporan medidas específicas con las que se puede dar eficacia al principio de atención comunitaria. Por ejemplo:

- En Andalucía, la Orden de 5 de noviembre de 2007 por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de centros para personas mayores en situación de dependencia de Andalucía establece que los centros se ubicarán en el casco urbano de la ciudad o municipio, a fin de facilitar la participación del centro y de las personas usuarias con el entorno, salvo que el programa de intervención exija otro emplazamiento más adecuado. En este caso, deberá quedar garantizada una red de servicios de transporte adecuado.

- En Cantabria, la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria, reconoce en el artículo 3 el *principio de integración*: ‘en el ámbito de la vida familiar, social, laboral, política y cultural de las personas usuarias, se tenderá al mantenimiento de las mismas en el entorno comunitario habitual, facilitando el acceso y la posibilidad de utilizar los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población.’ En este caso, reconocer esta cuestión como principio en el

sentido de que ‘se tenderá...’ y no como obligación, resta efectividad al principio de atención comunitaria.

- La Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias, regula como principio de funcionamiento la integración, tanto en el ámbito social como cultural. Y en el artículo 15, se menciona la coordinación con el entorno, en el sentido de que ‘se establecerán mecanismos de coordinación con los recursos sociosanitarios de la zona de manera que la vida en el centro se abra al entorno en el que están ubicados, proporcionando así la posibilidad a las personas que en ellos residen de participar activamente en la vida de su comunidad.’

- El Decreto n.º 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada regula en el artículo 2 como centros residenciales para personas mayores, los apartamentos de mayores, de uso individual o doble, con acceso a servicios comunes de uso facultativo, así como las viviendas colectivas, consistentes en unidad convivenciales con capacidad máxima de catorce plazas destinadas a personas mayores, en régimen de prestación continua e integral de servicios. Además, se establece que los centros estarán situados en áreas integradas o próximas a núcleos urbanos.

- El Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, regula en el artículo 4 como objetivo que las personas usuarias mantengan o desarrollen, con el apoyo necesario, actividades orientadas a mantener sus relaciones con el entorno comunitario y a participar en el mismo. Si bien este objetivo puede considerarse principalista si no se acompaña de las medidas adecuadas para hacerlo eficaz, lo cierto es que el artículo 9 en cuanto a la ubicación, establece que los centros residenciales para personas mayores se ubicarán en un entorno no aislado y próximo a servicios comunitarios, así como estarán debidamente comunicados con el centro del municipio mediante transporte público o, en su defecto, las residencias facilitarán otro medio alternativo de transporte diario al centro del municipio.

7º. Participación

La capacidad de participación de las personas mayores en aquello que les interesa, entendiéndose por ello el derecho a tomar parte activa, directamente o por medio de representantes, en todas las decisiones que les afecten de forma directa o indirecta, individual o colectiva, en la organización y el funcionamiento de los servicios sociales de los que son usuarias, desde el punto de vista meramente personal o desde su interés por la sociedad en que viven, es un valor que no debe ser eliminado cuando se integran en un proceso de cuidados.

Su dignidad personal, su autonomía, su afectividad, sus relaciones personas, la realización efectiva de sus derechos, están directamente vinculadas a él. Está, por lo tanto, íntimamente relacionado con los principios comentados en los apartados anteriores (autonomía, derechos, hogar propio, relaciones familiares y en la comunidad). La normativa sobre personas mayores incorpora el principio de participación habitualmente, pero lo cierto es que no es de los más desarrollados de forma transversal.

La Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores, de Andalucía, recoge la participación como principio, derecho y objetivo primero de los servicios sociales, indicando que debe favorecerse el mantenimiento del adulto mayor en su medio habitual y evitando su marginación (arts.3, 9 y 12). Después, las distintas normas abordan

cuestiones más concretas relacionadas con esa participación, a distintos niveles, por ejemplo:

La Ley de Servicios Sociales de Canarias (2019) insiste en la necesidad de cooperación y participación activa de la persona en su proceso de mejoría, autonomía e inserción.

El Decreto vasco (2004) por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en el País Vasco, además de recoger y definir un derecho de participación (art.12) especifica el poder rechazar la participación en actividades, servicios o tratamientos, debiendo ser previamente informadas de forma adecuada de derechos, obligaciones, ventajas, desventajas o riesgos implícitos en la realización o en la no participación en dichas actividades servicios o tratamientos (art.7).

Muchas las normas especifican la obligación de ubicar los centros residenciales en el casco urbano de la ciudad o municipio, a fin de facilitar la participación del centro y de las personas usuarias con el entorno, “salvo que el programa de intervención exija otro emplazamiento más adecuado, en cuyo caso habrá de quedar garantizada una red de servicios de transporte adecuado” (Decreto 2005 sobre centros residenciales para personas mayores, de Murcia, y muchos otros).

El Decreto Foral de Navarra que regula los centros prevé que estos deberán tener implantado un sistema de participación de las personas usuarias a través del Consejo de Participación o de otras fórmulas de participación más adecuadas, de acuerdo a las características del servicio (art. 43).

Probablemente una de las normas más completas al respecto sea el aprobado recientemente Decret 27/2023, de 10 de marzo, del Consell Valencià, por el que se regulan la tipología y el funcionamiento de los centros, servicios y programas de servicios sociales, el cual dedica un capítulo completo y cinco artículos (arts.14-18) a “La participación en el ámbito de los centros, servicios y programas de servicios sociales”; en ellos, aparte de cuestiones más generales, se trata entre otras la participación de los usuarios en el ámbito de los centros, servicios y programas de atención primaria, la participación en el ámbito de los centros de atención secundaria, y todo lo relativo a sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.

8º. Cuidados paliativos y muerte digna

En relación con los cuidados paliativos y la muerte digna, hasta la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, no existía en España otra normativa que la autonómica. Ciertamente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, sí incorporaba algunas disposiciones relevantes:

- El paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (art.2.3).
- El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento (art.2.4).
- Las instrucciones previas (testamento vital), documento por el que el paciente deja constancia escrita de su voluntad sobre los cuidados y tratamiento que desea recibir en caso de que llegue a una situación en la que no pueda expresarse (art.11).

Pero, como se ha dicho, era la normativa autonómica la que regulaba la materia. Son leyes que, con algunas diferencias relevantes en la intensidad y precisión de la regulación, regulan el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su

muerte (el rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa.) los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso. Como sigue:

- **Andalucía**

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de la muerte.

- **Aragón**

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

- **Asturias**

Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

- **Canarias**

Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

- **Castilla y León**

Ley 8/2003 de 8 de Abr C.A. Castilla y León (Derechos y deberes de las personas en relación con la salud).

- **Cataluña**

En Cataluña no existe ninguna normativa al respecto.

- **Comunidad Foral de Navarra**

Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

- **Comunidad Valenciana**

Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

- **Galicia**

Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

- **Illes Balears**

Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.

- **Madrid**

Ley 4/2017, de 9 de marzo, de garantías y derechos de las personas en el proceso de morir.

- **Murcia**

Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

- **País Vasco**

Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.

9º. Responsabilidad pública

La responsabilidad pública implica que las administraciones públicas deben garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de cuidados, asegurando la calidad de los mismos 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. Una serie de

indicadores vendrían a manifestar el cumplimiento de este principio, como la regulación de inspecciones de calidad de los centros de residenciales o de higiene, así como la previsión de un sistema de infracciones y sanciones o la imposición de deberes concretos para garantizar una adecuada coordinación sociosanitaria.

Un ejemplo de reconocimiento de la responsabilidad pública en el ámbito del cuidado lo encontramos en la Ley 5/2003, 3 abril 2003, de atención y protección a personas mayores de Castilla y León, que en su artículo 12.3 establece que corresponde a las administraciones públicas la planificación, ordenación, creación y mantenimiento de una red de centros residenciales para personas mayores, en colaboración con la iniciativa privada. Es decir, cabe entender que la administración pública se mantiene como responsable del mantenimiento y supervisión de esta red de centros, aunque estos estén gestionados de forma privada. Otro ejemplo de responsabilidad pública lo encontramos en el artículo 44.2 de la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, que establece que se habrá de elaborar un plan estratégico de servicios sociales de la Comunitat Valenciana. Recientemente también ha sido aprobado el Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

Además, la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia, reconoce en el artículo 4 la responsabilidad pública como principio, en el sentido de que *“los poderes públicos regularán, fomentarán y supervisarán a los demás servicios cuyos titulares sean las entidades privadas de iniciativa social. Asimismo se regula la inspección de los centros”*, y entre las funciones de la inspección del artículo 73 se sitúa velar por el respeto de los derechos de los usuarios y el nivel de calidad de los servicios. También, la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias establece que se ha de garantizar una atención integrada y coordinada respecto de todas las actuaciones públicas en materia de servicios sociales. Asimismo, La Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales del Principado de Asturias reconoce en el artículo 5 el principio de responsabilidad pública, incidiendo en que al sistema público de servicios sociales le corresponde la ‘garantía de acceso a estos servicios y a recursos financieros, técnicos y humanos que permitan la promoción y eficaz funcionamiento de los servicios sociales’, dando prioridad las necesidades más urgentes.

En relación con el sistema de infracciones y sanciones, por ejemplo, la Ley aragonesa de servicios sociales (Ley 5/2009, de 30 de junio), regula infracciones por el incumplimiento del contenido de la Ley por parte de los centros residenciales, por ejemplo, la violación de los derechos de las personas mayores. Asimismo, el artículo 6 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. Ahora bien, también se suele incluir como infracción el incumplimiento de normas de procedimiento de las prestaciones, por lo que caben las sanciones a las personas usuarias de los servicios. Por ejemplo en la Rioja, Aragón o Castilla la Mancha. En las leyes aragonesa o catalana de servicios sociales, así como de las Islas Baleares se prevé como infracción por el incumplimiento de las normas de funcionamiento de los centros, pero lo que es especialmente grave es que no se prevea una protección de urgencia que cubra las necesidades básicas en caso de que se paralice la prestación durante el periodo que dura la sanción (en contra de lo que dictan tratados internacionales como la Carta Social Europea y su interpretación del Comité Europeo de Derechos Sociales (artículo 13).

10º. Profesionales que cuidan de las personas mayores

En cuanto a los profesionales y equipos, se constata en los países e iniciativas más innovadoras un importantísimo cambio en el rol de los profesionales, vinculado al

enfoque de atención centrada en la persona, cuyo punto de partida es una visión centrada en el reconocimiento del valor de la persona, así como al propósito de cuidar respetando y apoyando el proyecto de vida y la identidad personal. Especialmente relevante es este cambio de rol en el personal auxiliar o gerocultor, con una mayor autonomía y con una mayor polivalencia referida a competencias más amplias vinculadas al apoyo y acompañamiento de las personas en su vida cotidiana. Esta visión del cuidado y de la organización del servicio, donde el personal de primera línea puede tomar decisiones junto con las personas mayores supone un cambio organizativo importante apartándose de los sistemas jerárquicos, creando equipos estables (sin rotación) que conocen bien y reconocen a las personas a quienes cuidan y que, además, se construyen desde relaciones interpersonales de respeto y de confianza. Para ello resulta imprescindible no solo una ratio suficiente y la formación en nuevas competencias, sino el reconocimiento y la oferta de unas condiciones de trabajo mejores.

2.3.- Ámbito local

Las Administraciones locales han de redefinir sus obligaciones, revisar sus estructuras, concretar y reorientar objetivos, así como los recursos destinados a las políticas para alcanzarlos. En este sentido, la Administración no puede ser un actor estático que gestiona cuidados, sino que está llamado a innovar. Para ello es útil conocer y valorar las actuaciones que llevan a término otras entidades, en otros territorios, en otros países. En la identificación de políticas y acciones que avanzan en la dirección correcta destaca la Red de Buenas Prácticas de la Fundación Pilares para la autonomía personal, que recopila, sistematiza y divulga aquellas prácticas que abordan dimensiones relacionadas con el modelo de atención integral y centrada en la persona mayor y dirigidas a incrementar su calidad de vida.

A tal efecto se han consultado y analizado los casos de los Ayuntamientos de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga, por ser municipios con una densidad poblacional alta (más de 500.000 personas), Bilbao (más de 350.000), y Pamplona (200.000) situados en diferentes Comunidades Autónomas. Lo que se ofrece es una síntesis muy breve de lo que estas ciudades consideran sobre los mayores, destacando el caso de Barcelona por resultar de especial interés.

De entrada, en todos los casos se evidencia una preocupación por el envejecimiento activo de la población, y por el respeto y cuidado a las personas mayores. Se muestra interés en abordarlo con políticas específicas, pero se advierte que la manera de hacerlo es muy diferente y, en algunos casos, poco transparente e inaccesible en algún caso. Con carácter general se aborda el envejecimiento desde el ámbito de los servicios sociales, donde se contiene una referencia explícita a las personas mayores, salvo el Ayuntamiento de Málaga, en el que estos recursos están agrupados bajo el perfil o rúbrica de “jubilados”, cuando las necesidades no están referidas a prestaciones derivadas del trabajo. En los portales-web más avanzados, como Bilbao⁸⁰, se contienen las políticas dirigidas a las PM en un link denominado “Ciudadanía”, y se estructura toda la información de servicios destinados a ellas de una manera muy accesible por medio de preguntas y distribuida en capítulos de interés (ayudas, ocio, alternativas residenciales,

⁸⁰Puede consultarse en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000005415&pagename=Bilbaonet/Page/BIO_home

movilidad, creación de asociaciones, etc.)⁸¹. Se aborda entre ellos el tema de los alojamientos alternativos a la vivienda u hogar de la PM. Se alude a los centros de convalecencia donde la PM puede residir temporalmente en caso de enfermedad o situación sobrevenida; a los alojamientos en viviendas tuteladas, comunitarias y compartidas y a los centros de día.

En la mayor parte de los casos analizados, los portales-web de los consistorios contienen una enumeración del catálogo de servicios de cuidados dirigidos a las personas de edad sin estructurar la información que ofrecen de modo que sea accesible. Estos catálogos de servicios y ayudas son más o menos amplios, pero suelen coincidir en lo básico: de una parte, información sobre movilidad, dependencia, ayuda a domicilio, ocio, teleasistencia, residencias, centros de día, etc.; de otra, sobre las necesidades que las personas mayores pueden tener: ayuda social, adaptación de la vivienda, cuidados, alojamiento alternativo, movilidad, recursos económicos, actividades de ocio, cultura, deporte, creación de asociaciones, etc. A partir de ahí empiezan las divergencias. De entre ellas, pues no es fácil encontrar referentes entre los ayuntamientos que publiciten una planificación estratégica de las políticas públicas destinadas a PM en las que la referencia a la atención centrada en la persona, el enfoque de derechos y la desinstitucionalización.

Con carácter general, puede decirse que en la mayor parte de los Ayuntamientos analizados no existe documentación publicitada relativa a estudios o informes estratégicos sobre el envejecimiento de la población de sus municipios. No disponen de ellos ni Sevilla, ni Zaragoza, ni Málaga, ni Bilbao.

Pero sí conviene destacar dos de los municipios mencionados que pueden considerarse referentes en este sentido:

- Ayuntamiento de Pamplona. Es destacable porque ha realizado un estudio diagnóstico cuantitativo de la situación de las personas mayores en doce barrios de la ciudad que permite valorar déficits, fortalezas, carencias y potencialidades que presenta cada barrio. Estos diagnósticos aportan datos sobre el envejecimiento, los cambios en la estructura de la población, la feminización del envejecimiento, las personas mayores que viven solas y las personas extranjeras mayores. También se aborda la situación económica y el riesgo de pobreza, el acceso de las personas mayores a los recursos asistenciales, el nivel educativo o los servicios y equipamientos de cada uno de los barrios, entre otros ámbitos.

Destacan dos programas de interés a destacar en este estudio como son: “Cuidando a quienes cuidan”, que ofrece formación, asesoramiento e información a las personas cuidadoras respecto a cómo cuidar respetando a la PM. Y la RED Mayores que es una red de barrio, que fomenta la atención a necesidades, cuidado y respeto a los derechos de las personas mayores.

- El Ayuntamiento de Barcelona puede ser identificado como un referente, pues dispone de un portal completo donde, al margen del acceso a los recursos disponibles, contiene una sección destinada a compartir al público los planes, programas, informes, estudios, memorias, leyes, guías y protocolos, así como publicaciones específicas sobre envejecimiento y personas mayores. En

⁸¹ Puede consultarse en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000093936&language=es&pageid=3000093936&pageName=Bilbaonet%2FPPage%2FBIO_ListadoServicios

particular, a efectos de este informe, cabe destacar una medida concreta: la Estrategia sobre Cambio Demográfico y Envejecimiento 2018-2030. En dicho documento se contiene un diagnóstico de la situación de las personas mayores en Barcelona, que diversifica el análisis y las políticas en función de las situaciones que identifica (dependencia, vivienda, apoyo social, en el hogar, centros de día y residencias, participación social y comunitaria, vulnerabilidad económica, de salud). A partir de esos datos se proyecta la planificación para Barcelona, donde se definen los ejes estratégicos, objetivos y actuaciones, así como mecanismos de seguimiento de la Estrategia y catálogo de servicios y presupuesto asignado a los mismos. La Estrategia identifica dos ejes transversales, la diversidad y la heterogeneidad entre las personas mayores y el género; y sitúa cuatro ejes estratégicos centrales: 1. Derecho a la ciudad a lo largo de la vida. 2. Ciudad amigable y convivencia intergeneracional. 3. Envejecimiento activo: aportar y disfrutar de la ciudad. 4. Investigación y planificación para un cambio demográfico con equidad. Sobre ellos proyecta las líneas de acción que se concretan con una batería de acciones agrupadas en tres tipos: - Fortalecimiento: acciones y programas que ya lleva a cabo el Ayuntamiento y a los que se quiere dar continuidad, reforzarlos y mejorarlos; - Innovación: acciones que son nuevas o están en fase de prueba piloto y se consideran clave para afrontar los retos del cambio demográfico y el envejecimiento.

Como por ejemplo la iniciativa Radars, proyecto comunitario para paliar los efectos de la soledad no deseada y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores, en el que colaboran vecinos y vecinas, comercios, farmacias, personas voluntarias, entidades y equipamientos, con el objetivo de transformar los barrios en comunidades humanas, seguras, participativas y solidarias; o el servicio Vincles+, para ayudar a combatir la soledad gracias a la tecnología; o Co-liderazgo consistente en acciones estratégicas para el cambio demográfico y envejecimiento que involucran necesariamente a otras administraciones con el fin de poder hacerlas efectivas. Por último, la estrategia arroja datos sobre los que se debe proyectar las políticas públicas a realizar, acometiendo la diversidad de situaciones y con asignación de recursos que se publicitan también junto a mapas demográficos y de equipamiento y servicios. Se trata, en conclusión, de un documento valioso en el diseño de políticas públicas, y un modelo a seguir por otros Ayuntamientos.

Otro de los proyectos a destacar promovidos por el Ayuntamiento en fomento de vida independiente y autonomía de las personas es “Supermanzanas sociales”, que busca mejorar la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) a través de la creación de equipos de profesionales que atienden a un grupo de personas usuarias que viven en una supermanzana. Está inspirado en el modelo holandés de servicios sanitarios domiciliarios (Buurtzorg). Promueve que la PM sea atendida en casa, sin necesidad de que tenga que estar en una residencia para ello. Permite combatir los males que aquejan al sistema actual de provisión de servicios de atención domiciliaria (SAD) como son: precarias condiciones de trabajo para profesionales cuidadores, excesiva rotación de profesionales, despersonalización del servicio, mala calidad de la prestación, excesivos costes de desplazamiento por

no planificar debidamente en torno a la proximidad y densidad, etc⁸². Los servicios de ayuda a domicilio han sido objeto de remunicipalización por algunos Ayuntamientos que han considerado mejoraría la calidad del servicio, las condiciones de los profesionales y la atención centrada en la persona⁸³.

Por último, Barcelona, además, ha sido pionera en la cesión de suelo público destinado a “vivienda protegida en régimen de cesión de uso para cooperativas”, que tiene directa relación con el cohousing como alternativa habitacional de cuidados. A través de concursos públicos se ha puesto a disposición del movimiento cooperativo diez solares para hacer unas 250 viviendas. Con ello Barcelona innova y se sitúa a la vanguardia de entidades locales en favor de la covivienda.

Una de las cuestiones que aparece como una constante en la información ofrecida desde los portales webs municipales y que conecta con el principio de comunidad y la relación de las personas mayores con su entorno es la Red de Ciudades Amigables que promueve la OMS y se coordina desde el Imserso, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030⁸⁴. Las áreas de acción para promover la amigabilidad en un municipio son ocho: espacios al aire libre y edificios; transporte; vivienda; participación social; respeto e inclusión social; trabajo y participación ciudadana; comunicación e información; y servicios sociales y de salud⁸⁵.

Pero las experiencias amigables con las personas mayores no deben reconducirse sólo, ni se hace en la práctica a ámbitos urbanos, pues también las Comunidades rurales están reivindicándose como lugares donde seguir viviendo con dignidad y de respeto a la singularidad de las personas y sus historias de vida, y se han sumado a la Red Amigable⁸⁶, para defender el derecho de las personas mayores a seguir viviendo en sus pueblos y casas, a seguir manteniendo las relaciones de cercanía y consideración y apoyo que favorecen los pueblos, y reivindicar la continuidad social y cultural como marco de referencia indispensable al abordar programas de intervención con las personas mayores.

2.4.- Jurisprudencia

· Tribunal Constitucional español

- En relación con **la edad como categoría prohibida de discriminación**, a pesar de que el **artículo 14 CE** no menciona expresamente este motivo, el Tribunal Constitucional ha considerado en varios pronunciamientos que la edad está incluida como

⁸² Pueden verse ésta y otras experiencias que combaten la institucionalización de las personas, no sólo de las PM en *Informe experiencias de desinstitucionalización en España*, 4 abril 2023, en *Estrategia estatal de desinstitucionalización. Para una buena vida en comunidad*.

⁸³ Destacan cuatro Ayuntamientos que a través de una empresa pública ofrecen los servicios de ayuda a domicilio sin intermediario: Jerez, Bilbao, Chiclana y Pasaia.

⁸⁴ <https://blogciudades.imserso.es/web/blog-ciudades>

⁸⁵ Puede consultarse el informe de evaluación del I Plan de Acción Ciudad Amigable de Madrid 2017- 2019 en:

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Madrid,%20ciudad%20amigable/Evaluacion%20del%20Plan%20Madrid,%20ciudad%20amigable%20con%20las%20personas%20mayores%202017-19'.pdf>

⁸⁶ <https://blogciudades.imserso.es/-/amigabilidad-en-los-ambitos-rurales-con-las-personas-mayores-rebeldes-que-los-habitan>

una de las circunstancias personales o sociales en las que la discriminación está prohibida. En este sentido, la utilización de la edad como factor diferenciador debe someterse al canon de constitucionalidad⁸⁷. En la sentencia 41/2015, se declaró inconstitucional la posibilidad de apertura de nuevas oficinas de farmacia únicamente a los trabajadores de menos de 65 años.

Ahora bien, en otras sentencias en las que a priori podría parecer que existía discriminación, porque la edad se había utilizado como único motivo de diferenciación, por ejemplo para regular los despidos, no se ha declarado ello inconstitucional porque se ha entendido que existía una finalidad legítima para tales medidas diferenciadoras. Así pues, la jurisprudencia constitucional española ha otorgado relevancia a la justificación de las medidas, cuando la edad ha sido relevante para la finalidad legítima y en sí misma esa finalidad no es discriminatoria. Por ejemplo, en la sentencia 66/2015, de 13 de abril se estudió el caso del ERE del Instituto Valenciano de Vivienda que había determinado el despido de los trabajadores mayores de 55 años. Ello se declaró constitucional porque estaba justificado por razones de política laboral. En este sentido, apunta Giménez Gluck que la jurisprudencia constitucional no aplica el juicio de igualdad de forma tan estricta en relación con la edad como lo hace con otras características prohibidas de discriminación⁸⁸.

- En relación con el artículo 50 CE, el Tribunal Constitucional, en su STC 189/1987, de 24 de noviembre (fj.10) ha manifestado lo siguiente: “sobre protección a la eufemísticamente denominada tercera edad, los poderes públicos deben buscar los medios para lograr que la realidad se acerque a los principios rectores del Capítulo Tercero del Título I de la Constitución, y, singularmente para promover condiciones de igualdad real y efectiva (art. 9.2 C.E.). Pero entre tales poderes públicos son el legislador y el Gobierno quienes tienen el poder de iniciativa, y no este Tribunal. Son ellos, y no este Tribunal, quienes deben adoptar decisiones y normas de efectos directos sobre el sistema de la Seguridad Social que lo configuren, dentro de las posibilidades reales que tampoco este Tribunal puede ni debe conocer ni valorar, como más adecuado para conseguir los fines constitucionalmente previstos”.

- En relación con **las formas de vivienda de las personas mayores**, la sentencia 69/1991 declaró inconstitucional la situación de una mujer mayor a la que no se había reconocido por parte de las instancias inferiores su derecho a vivir en una casa de su propiedad. Se trata de un caso en el que se pueden ver claramente los estereotipos por parte de los jueces, que habían denegado la posibilidad de que la mujer mayor pudiera regresar a su piso propiedad porque en ese momento vivía con sus hermanos y no se entendía que con la edad que tenía quisiera vivir de forma independiente. La sentencia objeto de recurso directamente mencionaba que a su edad iba a necesitar cuidados pronto.

En el mismo sentido, y aplicando el concepto de ‘vulnerabilidad’ y de principio de permanencia en el entorno, la sentencia 287/22, de la sala de lo contencioso del TSJ de Extremadura al destacar (fj.4):

“teniendo en cuenta todas estas consideraciones y aspectos fácticos, resulta evidente que una persona de 86 años en las circunstancias de la recurrente

⁸⁷ Sentencias del Tribunal Constitucional 69/1991, de 8 de abril (FJ 4º) y 63/2011 (FJ 4º).

⁸⁸ GIMÉNEZ GLUCK, D., ‘Igualdad y no discriminación de las personas mayores’, *Teoría y Derecho. Revista de pensamiento jurídico*, núm. 34, 2022, 65-89, p. 70 y ss. Dalli, M., ‘Residencias, hospitales y personas mayores durante la COVID-19: estudio desde la afectación de derechos fundamentales’, *Estudios de Deusto. Revista de Derecho Público*, vol. 71, núm. 1, 2023.

se la debe entender incluida en el concepto ‘persona vulnerable’. Entendemos por ‘persona vulnerable’ a quien por sus características físicas, sociales, culturales o económicas se encuentra en situación de desventaja con respecto al resto de la sociedad... resulta palmario que si a la situación de una edad muy avanzada se une la circunstancia económica así como también la fáctica de que los hijos y la propia madres han decidido no convivir por las circunstancias que sean (y que nosotros no somos quienes para enjuiciar) bajo el mismo techo... resulta palmario entonces que la recurrente es vulnerable. A ello se le une la circunstancia de haberse creado un entorno durante muchos años que ahora se abandonaría, con todo lo que ello conlleva en una edad tardía.”

- Una aplicación práctica del Enfoque Basado en Derechos puede verse en la reciente STC 5/2022, de 24 de enero de 2022, que corrige la discriminación de las personas con discapacidad en orden a la imposibilidad de acceso a prestaciones de incapacidad permanente desde la jubilación anticipada por discapacidad, que sí se permite en otras jubilaciones anticipadas⁸⁹.

- Sobre la STC 19/2023, de 22 de marzo de 2023, relativa a la Ley de Eutanasia, De Lucas⁹⁰ afirma que “existe un derecho a pedir la eutanasia, que nace de la necesidad de garantizar la libertad del sujeto para decidir sobre su propia muerte, un derecho que comporta el de tener los medios para decidir y hacer posible esa elección. Más aún, se trata de un derecho a la eutanasia en sentido estricto del término, porque aparece como corolario de esa expresión de la dignidad que es la libertad, la autonomía”.

· Tribunal Europeo de Derechos Humanos

- Otro ejemplo de la presencia de estereotipos en los jueces lo encontramos en el caso de la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos *Carvalho Pinto de Sousa Morais vs. Portugal* de 25 de julio de 2017. La demandante había sido operada de las glándulas de bartolino, habiendo sufrido un daño en un nervio en el transcurso de la operación, lo que le había causado graves secuelas, entre ellas limitaciones en su vida sexual. El Tribunal Supremo Administrativo portugués había dado el siguiente argumento para reducir la indemnización otorgada en primera instancia: ‘[...] no debemos olvidar que, en el momento en que se produjo la cirugía, la demandante tenía 50 años y había tenido dos hijos, es decir, tenía una edad en la que el sexo no es tan importante como en la juventud, pues su importancia disminuye con la edad’. Además, al estudiar el caso, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos consideró que sí se había producido una violación del Convenio Europeo de Derechos Humanos, pero basó su argumentación en la cuestión de la discriminación por razón de género, no en la discriminación por razón de la edad.

- Además, destacan algunos pronunciamientos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que tratan la vulneración de los derechos de las personas mayores en un contexto de institucionalización. Por ejemplo, en la sentencia *Dodov c. Bulgaria* de 17 de enero de 2008 se reconoció la violación del derecho a la vida del artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos por la desaparición y muerte de una persona mayor que padecía Alzheimer, que se determinó había sido consecuencia de la

⁸⁹ Un análisis de esa sentencia puede verse en

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/articulo.php?id=ANU-L-2022-0000001741.

⁹⁰ LUCAS MARTÍN, J.: “El derecho a la eutanasia y al suicidio asistido”, en Derecho constitucional: suicidio y eutanasia, Revista de Derecho a morir dignamente, nº67, 2014, p.10.

negligencia en la vigilancia del personal de la residencia en la que se encontraba.

Unos años antes, la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos *Farbtuhs c. Letonia* de 2 de diciembre de 2004 declaró que se había vulnerado el derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos por mantener en una prisión sin los recursos sanitarios adecuados a una persona de 84 que sufría paraplejía además de otras enfermedades crónicas.

De otro lado, en relación con la protección social de las personas mayores, el Tribunal Europeo en la sentencia *Beeler c. Suiza*, de octubre de 2022 ha clarificado los criterios para valorar violaciones del derecho a vida privada y familiar del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos en aquellos casos que tengan relación con la terminación de las pensiones.

- **Ámbito interamericano**

En el ámbito interamericano, destaca un pronunciamiento de la Corte Constitucional de Colombia del 18 de noviembre de 2021 (expediente LAT-463) en revisión constitucional de la Ley 2055 de 2020 por la cual se aprobó la Convención Americana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores. Además de concluir que la Convención y la Constitución Política de Colombia eran compatibles, la Corte Constitucional realiza algunas consideraciones de interés. Por ejemplo, declara que la Convención impone obligaciones a los Estados de realizar adecuaciones arquitectónicas y de infraestructura para que las personas mayores puedan vivir de forma independiente e integrarse a la vida social⁹¹. Además, se establece que el derecho a la libertad de circulación es un derecho prestacional que incluye la infraestructura necesaria para hacer posible su ejercicio, al mismo tiempo que tiene carácter programático, esto es, no puede ser exigido de forma instantánea.

3.- Normativa que impide o dificulta los procesos de desinstitucionalización y las alternativas de vida independiente

Introducción

La naturaleza de los cuidados, la variedad de sujetos, acciones y contextos que intervienen en su realización, la misma configuración constitucional del Estado Social de Derecho, colocan a las normas jurídicas en una posición ‘incómoda’ a la hora de regularlos. Porque estas normas han de abarcar desde los grandes principios que deben informar el ‘buen cuidado’ hasta los más precisos detalles que lo realizan. Porque se ramifican en decenas de leyes, reglamentos, documentos de naturaleza jurídica imprecisa (buenas prácticas, protocolos, planes, estrategias...) que dibujan un bosque tan frondoso como áspero de abarcar y recorrer. Porque a pesar de ese detallismo, y en parte quizás por él, resulta evidente la dificultad de reclamar lo que establecen. En fin, porque las relaciones que se establecen entre los múltiples sujetos implicados, públicos y privados, que intervienen en los cuidados son muy complejas.

⁹¹ MARTÍNEZ GARCÍA, Jorge Sebastián, ‘Los derechos de accesibilidad y movilidad de las personas mayores’, en Díaz-Tendero, Aida, *Manual para juzgar casos de personas mayores*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2022, p. 437.

Aun así, se constata que la normativa, el mundo del Derecho, incide directamente en los procesos de desinstitucionalización. Es decir, las normas jurídicas tienen la capacidad de favorecer esos procesos, especialmente si parten de un modelo basado en el enfoque de los derechos, si la atención centrada a la persona es el pivote de su acción, si aborda dicha atención desde todas sus dimensiones, y su asumen y establecen de forma clara que los cuidados son un deber y una responsabilidad pública y no (solo) de las familias. Por el contrario, cuando la normativa desinstitucionalizadora y garantista es inexistente, o es dispersa, peca de incoherencia, resulta demasiado vaga o genérica, no se desarrolla de forma coherente a nivel reglamentario, o no da lugar a las políticas públicas correspondientes para hacerla efectiva, el resultado no es inocuo, sino la profundización de la cultura institucionalizadora, con todas sus consecuencias.

3.1.- Normativa internacional y europea de la institucionalización

3.1.1.- Naciones Unidas

En el ámbito de Naciones Unidas puede decirse que hay una ausencia casi total de normativa que haga directamente alusión a los derechos de las personas mayores y su derecho a los cuidados. Puede decirse, así, que es la ausencia de esas normas la que ‘favorece’ la institucionalización, pues no se incorporan disposiciones y enfoques específicos de cuidados centrados en la persona. En cualquier caso, 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.

Lo más cercano se encuentra en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que 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 de edad⁹².

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.

3.1.2.- Europa

La pandemia ha mostrado los fallos de previsión, coordinación y planificación en aspectos que afectan a servicios esenciales de la comunidad (tales como los sanitarios y

⁹² CARMONA CUENCA, Encarna: “La protección de categorías de personas especialmente vulnerables en el Derecho español”, cit., p.106.

los servicios sociales) y las políticas de investigación biomédica. Estos fallos deben abordarse rápidamente⁹³.

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 (artículos 25 y 34 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea que se ha analizado con anterioridad) lo cierto es que los esfuerzos realizados desde la Unión resultan insuficientes para la adopción en Europa de un modelo de cuidados desinstitucionalizador y centrado en la persona.

Así pues, 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 en de los Estados miembros de una forma coordinada. Entre estas iniciativas cabe mencionar el Pilar Europeo de Derechos Sociales o la Estrategia Europea de cuidadores y de personas que reciben cuidados, comentados anteriormente. 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 reforzamiento 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 dentro del elenco de servicios sobre los cuales los Estados miembros tienen competencias para decidir cómo prestarlos. En este sentido, el Protocolo nº 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. Ahora bien, 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 calidad⁹⁴.

3.2.- Normativa de la institucionalización en España

3.2.1.- Ámbito estatal

- **La Constitución española** es atiene a las personas mayores en su **art.50**, pero lo hace desde una perspectiva antigua, desde el asistencialismo y la necesidad.

La Constitución española obliga a los poderes públicos a garantizar la suficiencia económica a los ciudadanos personas mayores, lo que deben cumplir estableciendo pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente. Además, exige a la Administración que promueva su bienestar mediante un sistema de servicios sociales al efecto.

⁹³ COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO: Dictamen «Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19» (2022/C 194/04), 12 de mayo de 2022.

⁹⁴ Disponible en el siguiente enlace: https://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220_1_en.pdf

El artículo 50 CE da visibilidad a las personas mayores de edad y constitucionaliza su estatus, lo que resulta un avance respecto de lo que había antes de 1978, pero parece circunscribirlo a la consecución de una suficiencia económica y un bienestar bastante genéricos. No enfatiza su interés por su consideración de ciudadanos completos, ni por la efectividad de sus derechos, un interés que, por ejemplo, sí queda reflejado en el precepto dedicado a las personas con discapacidad (artículo 49 CE, aunque aquí las denomina ‘minusválidos’), 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”⁹⁵.

- En relación con la **dependencia** puede comentarse lo siguiente⁹⁶.

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 los 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 cuidadores 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 los usuarios⁹⁷.

A pesar de lo prometedor de la creación del SAAD, su puesta en marcha reveló desde el principio importantes deficiencias.

⁹⁵ FLORES GIMÉNEZ, F.: “Las personas mayores en la Constitución española: derechos y garantías”, en Cardona, B., Cabeza, J. y Flores, F., (coord), *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2018.

⁹⁶ Véase el Informe de HELPAGE: *Los derechos humanos de las personas mayores en España. El derecho a los cuidados*, 2021, concretamente el Capítulo III.3, sobre “Las personas cuidadoras y sus derechos”, pp.65 y ss.

⁹⁷ La LAPAD contempla tres grados de dependencia en función de la necesidad de ayuda para el desarrollo de las actividades, cuyas medidas concretas se han ido desarrollando en los años posteriores a la aprobación. Primero se abordó las situaciones de gran dependencia, severa (grado II) y gran dependencia (grado III), cuya implantación se produjo entre los años 2007 y 2009; y posteriormente, la dependencia moderada (grado I), cuya plena implantación se produjo en julio de 2015. Para cada uno de los grados se contemplan unos servicios acordes a las necesidades de dependencias que se han ido progresivamente desarrollando. Además, la ley contempla que son las comunidades autónomas el ente competente en la gestión de las solicitudes y los dictámenes.

Los últimos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) indican un incremento en la demanda de las prestaciones ofertadas por LAPAD. En términos de beneficiarios, alguna de las modalidades previstas en la LAPAD como prestación para la población mayor de 65 años han pasado del 10% en 2015 al 15% en el 2020 (Gráfico 3.12). Crecimiento que también se observa en los datos absolutos si se atiende al número de personas demandantes a quienes se ha reconocido el derecho a su atención a la dependencia. Si se consideran las modalidades de ayuda, los datos indican que desde el desarrollo de los programas dirigidos a la dependencia moderada (grado I), esta categoría ha ido incrementándose desde el 30% en sus inicios hasta suponer más del 80% del total de ayudas, lo que puede interpretarse no como retroceso en las modalidades de mayor dependencia sino como un incremento a la atención de las situaciones de dependencia moderada. Así se confirma al observar los datos absolutos sobre el número de personas beneficiarias de este derecho, que también ha ido creciendo.

Los últimos datos disponibles del IMSERSO, referidos a enero de 2021, reflejan un total de 474.496 personas beneficiarias del Grado I y 782.325 del Grado II y III, lo que significa el 88,92% y 71,21%, respectivamente, de cobertura respecto a la totalidad de solicitudes presentadas y aprobadas. Por edades, el 18,09% tienen entre 65 y 79 años, y el 53,6% más de 80 años.

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 por la LAPAD (Ley 39/2006)⁹⁸ 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 cuidado centrado en la persona 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 cuidados⁹⁹.

En el artículo 3 de la LAPAD se recogen los principios en los que se inspira la Ley como el carácter público de las prestaciones, la universalidad, la igualdad efectiva y la no discriminación en el acceso, la atención integral e integrada, la personalización de la atención y la acción positiva para casos de mayor discriminación, la prevención, etc. Además, los derechos incluidos en la LAPAD, estos se concretan en el acceso a los servicios y prestaciones previstos en la Ley, y se reconoce el derecho ‘a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad’. Otros derechos son el derecho a la información completa y continuada en términos comprensibles y accesibles, el derecho a la confidencialidad de los datos, el derecho a la participación en la formulación de las políticas que puedan afectar a su bienestar, el derecho a decidir sobre el ingreso en un centro residencial, etc. (artículo 4.2).

No obstante, más allá de reconocer una serie de derechos a las personas beneficiarias de la Ley, no se implementa el enfoque de derechos en la regulación del contenido de los servicios y prestaciones que tengan en cuenta los principios que se enumeran como la atención comunitaria, la autonomía, la participación, la libertad de elección... más allá del plan individual de atención de servicios y prestaciones, el cual podría extenderse a toda una serie de cuestiones sobre las que las personas pueden decidir como los horarios, las actividades, los cuidados que se reciben, etc.

En relación con los requisitos para ser titular de los derechos que reconoce la Ley, se incluye el de encontrarse en situación de dependencia reconocida de acuerdo con los términos de la Ley, la nacionalidad española y la residencia en territorio español durante cinco años. Así pues, los extranjeros se rigen por la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Pero exigir la nacionalidad española para el acceso a las prestaciones y servicios de la LAPAD es contrario al enfoque de derechos, y una regulación de acuerdo con la residencia de los solicitantes sería más acorde a la universalidad.

Dependiendo del grado de dependencia puede accederse a una serie de servicios y prestaciones. El catálogo de servicios comprende: a) los servicios de prevención; b) el servicio de teleasistencia; c) el servicio de ayuda al domicilio; d) el servicio de centro de

⁹⁸ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

⁹⁹ DALLI, María, ‘El cuidado de personas en situación de dependencia: encaje constitucional, marco jurídico actual y carencias normativas’, *Teoría y Derecho*, núm. 33, 2022, p. 173.

día y de noche; y e) el servicio de atención residencial. La Ley prevé fundamentalmente de tres prestaciones: a) la prestación económica vinculada a un servicio; b) la prestación económica de asistencia personal y; c) la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Una de las debilidades más destacadas de la LAPD 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 dependientes 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.

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 cuidadores 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 sociosanitaria¹⁰⁰.

Así, las reformas de austeridad posteriores a la crisis económica aumentaron el copago de los usuarios, estimándose que llegó al 53,54% de la financiación del sistema en 2016¹⁰¹. En 2019, España se situaba en un 0,7 % de porcentaje del PIB para cuidados de larga duración, muy por debajo de la media europea que se situaba en el 1,7%, aunque la Comisión Europea recomienda incrementar este porcentaje hasta el 2,5%¹⁰². Además, aunque la lista de espera varía de una Comunidad Autónoma a otra, en general se reconoce primero el derecho a recibir la prestación o el servicio solicitado, y ya más adelante efectivamente se hace efectivo este disfrute. En cuanto a las carencias en la prevención, únicamente un 3,86% de las personas beneficiarias estaban recibiendo el servicio de prevención en 2022, según datos del IMSERSO. Asimismo, en relación con las residencias, el Defensor del Pueblo ha criticado la ausencia de una regulación que de forma clara regule el régimen de autorizaciones de las residencias, así como la falta de estadísticas en relación con los recursos y el funcionamiento de los centros¹⁰³. Finalmente,

¹⁰⁰ Íbid. HelpAge España, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, 2021, p. 144 y ss. En línea: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAgeEspana_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personasmayores-2021.pdf

¹⁰¹ Del Pozo Rubio, Raúl; Pardo García, Isabel y Escribano Sotos, Francisco, 'El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012', *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23-29, 2017.

¹⁰² Comisión Europea y el Comité de Protección Social, '2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges, and opportunities in an ageing society', KE-09-21-202-EN-N.

¹⁰³ Defensor del Pueblo, 'Atención a personas mayores. Centros residenciales, Separata del Informe Anual 2019', 2020.

se ha comentado ya la falta de atención a la dimensión personal del cuidado, esto es, a la importancia de la forma en la que se reciben estos cuidados por las personas en situación de dependencia. De acuerdo con HelpAge, además del cuidado instrumental que ofrece el sistema actual para la realización de las actividades diarias, ha de prestarse atención al cuidado emocional, informacional y evaluativo¹⁰⁴. Para ello es necesaria la participación de las personas usuarias además de la capacitación de los profesionales en formas de cuidado como la atención, la confianza, la compasión, la confidencialidad, la escucha, la conciencia, o la competencia.

- Sobre la **prevención**.

Una de las premisas de la medicina geriátrica que no termina de calar en los ámbitos institucionales, independientemente de la administración del Estado que ostente las competencias, es que la inversión sanitaria en prevención, tratamiento, rehabilitación y aproximación paliativa, según las circunstancias individuales del adulto mayor, redundará en una mejor calidad de vida del ciudadano y en una mejor eficiencia del sistema al reducir posteriores costes sociales y sanitarios.

Como indica Tarazona, la promoción de la salud desde edades tempranas permitiría reducir las enfermedades neurodegenerativas y oncológicas; por eso, desde las administraciones públicas e instituciones asociadas debería fomentarse la promoción de hábitos adecuados de salud, incluyendo la adherencia a dietas saludables, como la mediterránea, de una práctica regular de ejercicio físico de tres o cuatro veces por semana, la evitación, o abandono en su caso, de hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y drogas no legales. El éxito de estas iniciativas se relaciona con el incremento, la formación y la información a las personas mayores.

También debe subrayarse la importancia, y la eficiencia, de los programas de prevención de caídas en mayores para reducir la pérdida funcional, el incremento de la incidencia de caídas y de la mortalidad. En este sentido, junto a la prevención de caídas previamente mencionada, la prevención de la inactividad, de la percepción de aislamiento social, de los factores de riesgo cardiovascular, el mantenimiento de una adecuada salud cognitiva, junto a una correcta audición y la preservación de una correcta salud ósea para evitar fracturas son algunas de las iniciativas más exitosas, junto a la propia vacunación, en el adulto mayor.¹⁰⁵

- En relación con el **hogar propio**.

Una de las claves de la estrategia estatal de desinstitucionalización es la transformación del modelo de apoyos y cuidados apostando por las bondades del envejecimiento que se produce en casa. Por él han venido apostando las distintas leyes de servicios sociales que han abordado la realidad del envejecimiento y en las que podemos encontrar evidencias que aunque a nivel muy declarativo y principialista caminan en una dirección distinta a la de la opción residencial en la que la sociedad española estaba instalada como respuesta a los cuidados de larga duración y en la última etapa de la vida. Estas leyes autonómicas de servicios sociales apuestan porque el envejecimiento en casa sea acompañado de manera flexible en atención a la voluntad y necesidad centrada en la persona, que disponga de recursos de apoyo y atención sociosanitaria de proximidad, y

¹⁰⁴ HelpAge España, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, 202, p. 22.

¹⁰⁵ TARAZONA SANTABALBINA, Francisco José: “La atención sanitaria a las personas mayores: prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos: principales barreras”, en *La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud*, HelpAge International España, 2023, pp.118 y ss.

entornos que contribuyan a la autonomía e independencia de las personas mayores, entre otras cuestiones relevantes.

Los cambios de modelo también se pueden ver en la normativa de vivienda. Hasta 2023 España no disponía de una Ley estatal de vivienda, y el acceso a la vivienda para grupos vulnerabilizados ha sido objeto de regulación por las distintas Comunidades Autónomas en el marco de sus respectivas competencias, lo que ha determinado un panorama muy diferencial en función del territorio considerado. La nueva Ley de vivienda contiene avances en aras a la desinstitucionalización al definir, como había venido haciendo la normativa internacional, lo que considera una vivienda adecuada y lo que es una infravivienda. Cuestiones como la habitabilidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la conservación o la seguridad alumbran un panorama esperanzador en lo que su aplicación práctica pueda determinar. Habrá que hacer un seguimiento de la misma y los efectos que su aprobación provoque en los distintos territorios autonómicos.

Pero al margen de la vivienda propia y de cómo debe ser planificada o reformada, las prácticas de las diferentes Administraciones se abren a otras tipologías de vivienda alternativas a la propia y a los centros residenciales. En el Plan Estatal para el acceso a la vivienda 2022-2025 se abren líneas de fomento de alojamientos temporales, de modelos cohousing, de viviendas intergeneracionales y modalidades similares. Algunas Comunidades Autónomas (País Vasco, Navarra) y entidades locales (Barcelona) han empezado a realizar acciones orientadas a favorecer este tipo de opciones, mediante ayudas, cesión de suelo público, etc. Pero sólo una Comunidad Autónoma se ha aventurado a dar el paso de regular la vivienda colaborativa, es la Comunitat Valenciana, a través de su Ley 3/2023, de 13 de abril. Se trata de un avance relevante, que habrá que ver cómo se implementa en la práctica y los resultados que aflora.

Por consiguiente, en materia de vivienda cabe decir que se está produciendo a nivel normativo avances que conviene hacer el seguimiento para evaluar si las personas mayores en ejercicio de su libertad pueden decidir dónde envejecer de manera activa y saludable sin que en ninguna de las opciones por la que opte sus derechos puedan verse sus derechos se vean restringidos o vulnerados.

- En relación con **la familia**.

La normativa civil (Código civil) a nivel estatal está asentada en el rol cuidador de las familias y en relegar a éstas el cuidado de las personas ascendientes y en garantizar la relación de las personas mayores con sus hijos/as y nietos/as. Si bien esta normativa ha experimentado una evolución al democratizar las relaciones entre progenitores y su descendencia, acuñar el concepto de parentalidad positiva o delimitar el contorno del ejercicio de la función parental/marental; esta revisión empoderadora desde la consideración de sujetos de derecho no se ha extendido a las relaciones con las personas mayores, que están huérfanas a nivel legal. La importancia de la materia a que nos referimos atendida la realidad y dimensión del envejecimiento de nuestras poblaciones debiera constituir un escenario sobre el que trabajar a nivel legal bajo las premisas de dignidad, libertad y autonomía, el buen trato y el respeto a los derechos de la personalidad (honor, intimidad y propia imagen).

- En relación con **los cuidados paliativos y la muerte digna**

Si bien la normativa existente a nivel legal es básica pero es suficiente para reconocer el derecho a la eutanasia, encuentra no pocas dificultades en la práctica, precisa de protocolos y campañas de formación y sensibilización en derechos para la propia persona que afronta el final de su vida, sus familiares y especialmente los profesionales sanitarios

que van a asistirle en el proceso médico. Así, existe una gran disparidad en el proceso de implementación de esta normativa en las diferentes Comunidades Autónomas de España, no se disponen de datos globales que puedan compararse para evaluar la realidad de la eutanasia en España y los que hay son incompletos. No son pocas las cuestiones que son mejorables, como las siguientes, según la asociación Muerte Digna¹⁰⁶:

- a) Que todos los centros, públicos y privados, donde se presta atención sanitaria tengan un protocolo de respuesta ante una petición de eutanasia.
- b) Implantar un sistema de referentes, profesionales capaces de asesorar a los facultativos que reciben una solicitud por primera vez y requieren apoyo técnico, administrativo y emocional para abordarla.
- c) Eliminar los límites de tiempo en el aplazamiento.

En cuanto a los cuidados paliativos, si bien no existe una normativa estatal, sí hay una profusa legislación en el ámbito autonómico, que requiere de mayores recursos económicos para garantizar la eficacia del derecho de la persona a los cuidados paliativos y campañas de sensibilización a las personas mayores sobre sus derechos en el proceso de muerte. Por otra parte, los cuidados paliativos se resienten en la España rural, donde no alcanzan en la forma y grado que sería deseable. La muerte de la persona no puede quedar supeditada al lugar donde resida o al médico que la atiende al final de sus días. Faltan datos sobre cómo se muere en España, en particular en las diferentes Comunidades Autónomas que cuentan con legislación específica. Un ejemplo de que es posible hacerlo es Andalucía, donde se evaluó la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a través del informe del Defensor del Pueblo de 2017 específico sobre “Morir en Andalucía. Dignidad y derechos”¹⁰⁷. Debe priorizarse esta tarea para abordar los procesos de mejora a nivel legal o la puesta en marcha o mejora de dinámicas, procesos, protocolos, o la propia dotación de recursos necesarios para hacer efectivos el derecho a una muerte digna.

- En relación con la normativa (y falta de ella) relativa a **los profesionales** de los cuidados, siguiendo el Informe de HelpAge de 2021, sobre cuidados, puede decirse lo siguiente:

La LAPAD apostó como principio por la profesionalización de los cuidados, otorgando preferencia a los servicios sobre las prestaciones económicas, entre las cuales se encuentra la destinada a los cuidados en el entorno familiar, configurada como excepcional (art. 14.4). También por la promoción de la calidad del empleo, materializado en los requisitos para la acreditación de las entidades que aspiren a gestionar las prestaciones o servicios correspondientes. Sin embargo, la temporalidad (afecta aproximadamente a la cuarta parte de las personas empleadas en servicios sociales sin

¹⁰⁶ Una valoración crítica de la implantación de la Ley de eutanasia puede verse en: <https://derechoamorir.org/2023/06/23/el-numero-de-personas-que-moriran-por-eutanasia-crecera-en-los-proximos-anos/>

¹⁰⁷ DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ: *Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos*. Informe al Parlamento, 2017. Este informe concluía: “Actualmente el sistema no llega a todos aquellos que lo necesitan, lo que provoca que muchos pacientes que serían tributarios de cuidados paliativos fallezcan sin llegar a recibirlos” e instaba a “actualizar el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, partiendo de una previa evaluación del mismo que permita poner de manifiesto las carencias e insuficiencias que presenta el modelo diseñado y determinar con precisión cuáles son sus puntos fuertes y sus áreas de mejora”.

https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/informe_muerte_digna.pdf

alojamiento, con mayor prevalencia en el caso de las personas que prestan servicios en establecimientos residenciales, afectando a una de cada tres), la contratación a tiempo parcial y la precariedad retributiva, afectan sin duda a la institucionalización del modelo. Sea como fuere, en la promoción de la calidad del empleo de las personas cuidadoras del sector de la dependencia juega un papel fundamental la negociación colectiva, debiendo destacarlas previsiones contenidas en los convenios colectivos de 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)¹⁰⁸.

3.2.2.- Ámbito autonómico

Con carácter general, la mayor parte de la normativa autonómica es anticuada en términos de desinstitucionalización. De la más actual, 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 EBD y la AICP sean el centro. Así, por ejemplo, la Ley de Servicios Sociales de la CAM. Para ser una norma de 2022, no es una Ley que incorpore de una manera clara los principios del modelo de desinstitucionalización, más allá de la propia declaración de principios y objetivos de la Ley. En ese sentido, por esa ausencia podría decirse que perpetúa la cultura institucional.

- **Enfoque Basado en Derechos**

Estamos ante leyes con principios desinstitucionalizadores, que incorporan el EBD y la integración 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. Institucionalizadoras (más por lo que no contiene) a la expectativa de no serlo en función de ese desarrollo.

- **Atención integral centrada en la persona y personalizada**

La Ley de Servicios Sociales de Murcia, es una Ley muy reciente que incorpora los elementos esenciales de un modelo menos institucionalizado. Principalista como casi todas las leyes de servicios sociales a este nivel. Algunos rasgos interesantes (subraya la necesidad de integración y coordinación de servicios) y algunas carencias (aunque incorpora previsiones que pueden interpretarse como dirigidas a la AICP, lo cierto es que no incorpora la terminología ‘centrada en la persona’, ni siquiera en las definiciones).

- **Promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales. Restricciones.**

Todas las normas autonómicas que regulan los cuidados de las personas mayores contienen referencia a sus derechos fundamentales, que a menudo se incluyen entre las listas de los derechos de los usuarios de los centros. Sin embargo, este reconocimiento por sí mismo no es suficiente, siendo 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 los usuarios en asuntos relacionados con aspectos

¹⁰⁸ HELPAGE: “El contexto del cuidado”, en *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, HelpAge International España, Madrid, 2021.

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 este sentido, tal y como se ha venido defendiendo, se entienden las restricciones también como las limitaciones a la libertad de elección y de capacidad de toma de decisiones por parte de la persona que recibe de cuidados. Toda limitación será en principio regresiva y vulneradora de los derechos, y en los casos en que los aspectos organizativos del centro u otras razones se impongan sobre la capacidad de elección de los usuarios, tales medidas deberán estar justificadas en un motivo legítimo, así como siguiendo el criterio de necesidad y el de proporcionalidad.

- **Promoción y conservación del hogar propio. Derecho a la vivienda.**

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 enfoque de derechos 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 haber sido ya la persona mayor institucionalizada. Aunque muchas de estas normas efectúan el reconocimiento a nivel principialista, comienza a visualizarse una apuesta decidida por fortalecer el ámbito convivencial y comunitario frente al ámbito residencial. Es necesario hacer el seguimiento de las políticas públicas de concreción del nuevo modelo.

En relación al 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 vulnerabilizados, 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 redundan en criterios de habitabilidad y accesibilidad universal.

- **Proteger las relaciones familiares**

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 usuarias de las 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 usuaria, 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.

- **Atención comunitaria**

En la mayoría de la legislación existente en Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales, el principio de atención comunitario se reconoce de forma principalista, es decir, sin que se acompañen de las medidas adecuadas para hacerlo efectivo. Así pues, aunque se reconozca que se debe promover la integración de las personas usuarias de los servicios de la comunidad, es deseable que al menos un catálogo de medidas específicas se reconozca también en la legislación. 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 usuarias de servicios residenciales tengan la *posibilidad de utilizar los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población.*

- **Participación**

Aunque la normativa estatal en materia de promoción a la autonomía y atención de la dependencia reconoce la participación de las personas usuarias de los servicios y prestaciones 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, deberá 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 o principalista, o 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 los usuarios 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.

- **Cuidados paliativos y muerte digna**

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 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.

- **Responsabilidad pública**

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 suela 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 tal y como se ha desarrollado anteriormente, sanciones por el incumplimiento de las personas usuarias 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.

- **Profesionales que cuidan de las personas mayores**

El problema que más afecta a la desinstitucionalización en relación con los profesionales que cuidan de las personas mayores, es la falta de recursos suficientes y de profesionales cualificados para una atención de forma individualizada. Esto se manifiesta en ratios de personal insuficientes, en comparación con el volumen de personas usuarias que reciben los centros residenciales. Además de personal suficiente, este debe recibir formación continua además de estar suficientemente cualificado así como debe poder disfrutar de unas condiciones laborales dignas. En la normativa autonómica analizada, no se incide en la necesidad de implementar formas de cuidados diferentes, no instrumentales sino desde la confianza, el respeto, la calidez y el acompañamiento.

3.2.3.- **Ámbito local**

Las entidades locales en tanto que Administraciones públicas han de sentirse interpeladas por el nuevo modelo de atención integral y centrado en la persona mayor. 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 este grupo etario 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. 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.

4.- Propuestas normativas¹⁰⁹

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 en los Estudios de los Ámbitos 7 y 8: el Enfoque Basado en Derechos; la atención integral centrada en la persona y personalizada; la promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales, con especial rigor en las limitaciones a las restricciones¹¹⁰; 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 usuarias 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 cualificaciones profesionales de quienes cuidan de las personas mayores¹¹¹. 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 del mismo es un modelo desinstitucionalizado como por su fijación de los parámetros más institucionalizadores y refractarios a la idea de la persona como centro.

4.1.- Ámbito internacional

- **Naciones Unidas**

- Ratificación del Convenio nº189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos 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.

- Apoyo a la aprobación de una Convención internacional de derechos de las personas mayores. Esta Convención 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

¹⁰⁹ *Las propuestas normativas deben centrarse en lo estatal (España en sus tres niveles). Si hay alguna en el ámbito de Naciones Unidas y Europa, puede señalarse, pero no es lo principal.*

¹¹⁰ Ver Informe HELPAGE: El derecho a los cuidados de las personas mayores. *Colección Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad*, 2021. (Capítulo III.3).

¹¹¹ Por ejemplo, Identificación de las normas jurídicas y administrativas que apoyan directa o indirectamente el internamiento en instituciones o bloquean la transición a la asistencia de base comunitaria, y modificación de las mismas, a fin de apoyar la prestación de unos servicios de calidad en la comunidad. MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030: Revisión internacional sobre desinstitucionalización, *Estrategia Estatal de Desinstitucionalización*, 4 abril 2023.

ámbito de cuidados, así como para la identificación precisa de los sujetos responsables de implementar el modelo de cuidados.

- Incorporación normativa al ordenamiento interno del valor jurídico de los pronunciamientos de los órganos internacionales de protección de los derechos humanos.

- **Unión Europea**

Interesante el Dictamen «Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19», aprobado por el COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO (CESE) en mayo de 2022, y que incorpora contenidos como los que siguen:

“2.3. El CESE estima que es imprescindible establecer un marco estratégico, con voluntad de prospectiva a medio plazo y con un enfoque integral, para responder a los retos que plantea el cuidado de personas mayores en la UE, en el marco de la creación de los cimientos de una sociedad longeva y saludable, y de un pacto solidario intergeneracional en la UE”.

(...)

“2.9. Consideramos necesario que los EM establezcan o actualicen sus leyes sobre el acompañamiento y la protección de la Autonomía de las personas mayores, de acuerdo con el artículo 12 de la Convención referido a la dignidad y a los derechos humanos de las personas con discapacidad, ratificado por los veintisiete Estados miembros y la UE. Y que desarrollen, dentro de los sistemas de protección social, ramas destinadas a la prevención, pérdida de autonomía y la autodeterminación de las personas mayores. En la lógica de una protección social para todos y los demás derechos sociales, como el seguro de desempleo, la protección de la familia, el acceso a la vivienda o la atención a la dependencia, el CESE considera que la autonomía de las personas mayores debe ser garantizada en condiciones de igualdad, reconociéndola como derecho subjetivo y de ciudadanía, dentro del desarrollo de los pilares del Estado del bienestar”.

Especialmente interesante son los párrafos destinados a la desinstitucionalización (*Estructuras*):

“2.16. Responder a la demanda de desinstitucionalizar, en general, los cuidados de mayores en residencias implican promover la autonomía, la independencia, la capacidad de gobernarse y las relaciones sociales de las personas mayores con dependencia. Esto requiere poner a su disposición recursos sociosanitarios de proximidad, una ayuda a domicilio mucho más estructurada y eficiente, así como nuevas 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. Para las personas más dependientes, es necesaria la reconversión de las residencias tradicionales, en la línea de «vivir como en casa». Y que las debilidades de los sistemas de cuidados expuestas por la pandemia sean abordadas a través de los Fondos Estructurales y de Cohesión Europeos, así como del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia y el programa de la UE en el ámbito de la salud (EU4Health) mediante recomendaciones sobre financiación integradas dentro del Semestre Europeo.

2.16.1. El CESE solicita que, a tal fin, los EM recurran a los Fondos Estructurales y los Fondos de Recuperación de la UE para que destinen financiación a la adaptación de viviendas, la creación de unidades de convivencia o la reconversión de los diferentes tipos de residencias, así como a la inversión en mano de obra y servicios. Dichas adaptaciones deben ser realizadas cumpliendo con las máximas exigencias de accesibilidad, tanto en lo que respecta al entorno construido como al ecosistema digital que lo acompañe.

2.17. El CESE considera que, en tanto que sector centrado en la persona, la Economía Social (cooperativas, mutualidades, asociaciones y fundaciones) debe ser considerada y apoyada como un actor clave y un vector de innovación y de transición hacia ese nuevo modelo, de acuerdo con el Plan de Acción de la UE para la Economía Social.¹¹²

4.2.- ÁMBITO ESTATAL

- Reforma constitucional de los artículos 14 y 50 de la Constitución. Añadir el factor ‘edad’ de modo expreso al artículo 14, sacándolo del más difuso “otra condición personal o social”, reforzaría la prohibición de discriminación por razón de edad que tanto el Tribunal Constitucional como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos han reconocido, si bien con un peso relativo en la práctica. Por su parte, la reforma del artículo 50 CE habría de ir encaminada a ‘abrir’ la mirada constitucional hacia las personas mayores, reclamando para ellas, más allá de pensiones y servicios sociales, la eficacia completa de sus derechos fundamentales.

- 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).

- Reforma de la LAPAD.

. 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 enfoque de derechos en la regulación del contenido de los servicios y prestaciones, que tenga en cuenta principios como la atención comunitaria, la autonomía, la participación o la libertad de elección.

. 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 que se ha definido en el marco ético.

. 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;

¹¹² COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO: Dictamen «Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19» (2022/C 194/04), 12 de mayo de 2022.

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 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.

- 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.

4.3.- ÁMBITO AUTONÓMICO

- Redacción y aprobación de nuevas leyes de servicios sociales, en la línea de la de la Comunitat Valenciana. Concretar

- Redacción y aprobación de leyes integrales de protección de los derechos de las personas mayores, en la línea descrita en la Introducción de este apartado.

- 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 está en la base del modelo de atención centrada en la persona, es decir, tratando de armonizar los sistemas organizativos de los servicios con las preferencias y deseos de quienes precisan atención o cuidados. Partiendo del enfoque según el cual la gestión del centro o servicio es un medio que se debe supeditar a objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas, y que está vinculado con un modelo de derechos en que la persona usuaria pasa a considerarse de mera receptora de servicios a sujeto de derechos.

4.4.- Ámbito local

- Recogida de datos sobre la situación concreta en la que se encuentran reconocidos, protegidos o promocionados los derechos de las personas mayores en el ámbito urbano o rural.

- Diseño de estrategias locales a tenor del diagnóstico previo efectuado, y en el marco de las Leyes y Estrategias autonómicas sobre derechos de las personas mayores.

- Impulso de medidas de coordinación 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.

- Generación de alianzas entre municipios, a fin de garantizar, especialmente en el ámbito rural los derechos de las personas mayores

5.- Conclusiones y recomendaciones

1· Con carácter general la **normativa** existente en los cuatro niveles (internacional, nacional, autonómico y local) no prioriza como modelo el de la desinstitucionalización de las personas.

Hace falta la aprobación de algunas normativas básicas **a nivel internacional** (Convención de Naciones Unidas sobre derechos de personas mayores), nacional (ley integral de derechos de personas mayores y ley de servicios sociales) para avanzar en mejor grado en el reconocimiento, protección y promoción de derechos de las personas mayores.

La elaboración de normativa sobre las personas mayores requiere de **diagnósticos claros que partan de datos**, contextos, definición y aterrizaje de modelo de atención integrada y personalizada, y participación directa de las personas destinatarias de las normas.

2· Los principios y criterios que la normativa internacional incorpora en materia de servicios sociales pueden constituir un punto de partida para defender un modelo de atención a la persona mayor desinstitucionalizador, si bien falta **concreción e indicadores** de responsabilidad, seguimiento y evaluación.

· Reivindicar la **atención centrada y continuada en la persona** como uno de los ejes fundamentales sobre el que reposa un modelo desinstitucionalizador requiere valorar su circunstancia, su contexto, situarla, para analizar su voluntad, sus deseos y preferencias, cómo garantizar su independencia y autonomía, cómo asegurarle calidad de vida.

3· Principializar el sistema normativo que regula los cuidados (no llevarlo a concreciones exigibles) es ‘peligroso’ en la medida en que se debilita la seguridad (jurídica) de que el modelo sea implementado eficazmente. Aún así, la **incorporación de principios** que se corresponden con la ubicación de la persona en el modelo, va creando un contexto de visibilidad que tiene cierto impacto en el ámbito político.

4· De las normas es más fácil ver lo que desinstitucionalizan (si mucho o poco) que lo que institucionalizan. La misma existencia de normas ajenas al EBD y a principios de AICP son por sí mismas institucionalizadoras, pues no ponen límite a la tendencia natural de las organizaciones (instituciones) a convertirse en un fin en sí mismas, por encima del objeto de su interés.

· En este sentido, existe una clara diferencia en el perfil de las normas evaluadas:
- normas ‘antiguas, sin EBD ni AICP, o que integran algunos elementos de estas, pero solo formalmente y de forma muy rudimentaria.
- normas que sí incorporan (en diferente grado) EBD y AICP, incluso de forma súper detallada. Unas en las leyes de servicios sociales (p.ej. Comunidad Valenciana) otras en la reglamentación que trata de los centros residenciales (p.ej. Navarra). Se nota que son normas que han contado con la participación de usuarios, sean estos internos, asociaciones, profesionales, empresas, funcionarios...

5· Sí hay una normativa de referencia en el trato desinstitucionalizado en el marco de los centros, mejorable en algunos puntos pero bastante adecuada. Lo que no se ven son propuestas (normativas) alternativas al modelo residencial, sino adaptaciones ‘comunitarizantes’, desinstitucionalizadoras, de este.

6· Además de mejorar (reduciendo su institucionalización) la normativa estatal y en las Comunidades Autónomas y entidades locales más atrasadas parece necesario incorporar a esa normativa (sea de rango legal, reglamentario o de impulso político, y a sus distintos niveles competenciales) lo siguiente:

De forma más general:

- Se debe incorporar un EBD que llegue a todos los espacios de la atención y cuidados a las personas mayores, incorporando una *perspectiva de edad*, una mirada

concreta, práctica, eficaz, al reconocimiento de la autonomía y los derechos (que aborde desde las relaciones comunitarias hasta la prohibición de las sujeciones, desde la libre circulación hasta la participación informada, desde la intimidad hasta la protección adecuada del derecho a la salud).

- Partir de un planteamiento de modelo/s nuevo/s de cuidados (desde la AICP) para las personas mayores, sobre todo para personas con una dependencia baja o media. Y recogerlos en las normas (aunque por ahora sean *soft law*).

- Incorporar la formación continuada y la profesionalización de las personas cuidadoras (reduciendo la precariedad allí donde existe), a todos los niveles.

- Promover desde las decisiones normativas la sensibilización, formación y empoderamiento de las personas mayores en relación con sus derechos.

- Promover desde las decisiones normativas la formación de las familias y la sensibilización de la sociedad sobre las personas mayores como sujeto de derechos, incorporándolas como sujetos activos del modelo de cuidados desinstitucionalizado. Se debe ser consciente de que hablamos de un cambio cultural profundo en este sentido, que debe abordarse desde todos los ámbitos (institucional, universitario, empresarial, cultural en sentido estricto, mediático...).

- Establecer claramente ratios adecuadas de personal de apoyo, tanto en los establecimientos residenciales como en los nuevos modelos de vida independiente desinstitucionalizados.

- Establecer sistemas de evaluación e inspección que cumplan realmente con su cometido, con indicadores de calidad de los centros y sistemas de evaluación y de inspecciones regulares y adecuadas.

- Coordinación e integración eficaces de instituciones y servicios, principalmente sociosanitarios, pero también comunitarios, académicos, empresariales, etc.

- Necesidad de una financiación adecuada, con memorias económicas de las normas y seguimiento de la ejecución presupuestaria. Identificación de líneas presupuestarias claras que permitan rendición de cuentas de las políticas desinstitucionalizadoras.

- De forma más concreta (y a título ejemplificativo, pues la lista de cuestiones a incorporar es mucho más amplia):

- Articular programas de apoyo a la permanencia en el propio hogar.

- Reforzar los servicios de ayuda a domicilio y la teleasistencia.

- Que se tenga en cuenta el ámbito próximo al de la propia residencia a la hora de elegir el centro residencial.

- Emplazamiento de los centros residenciales en el entorno urbano o con conexiones de transporte público.

- Garantizar el derecho a recibir visitas de las personas usuarias de las residencias.

- Implementación de viviendas colectivas, viviendas tuteladas y otros tipos de viviendas alternativas.

- Incorporación de sistemas sencillos para plantear reclamaciones, así como procedimiento ágiles para resolverlas, tanto en el ámbito 'administrativo' como en el judicial.

- Establecer mecanismos eficaces de participación, de personas mayores que permanecen en sus hogares, de residentes en los distintos modelos de convivencia, de familiares y grupos comunitarios del entorno.

- Reconocimiento de la responsabilidad de la Administración Pública en la supervisión de los servicios sociales, tanto los centros públicos o privados.
- Obligación de los poderes públicos de desarrollar un plan de servicios sociales.
- Articular un sistema de ayuda social de emergencia que cubra en todo caso las necesidades básicas, mientras se está a la espera de recibir la prestación o en caso de que se paralice por sanción.