

# Ámbito temático 1. Situación actual de la institucionalización de las personas en el ámbito de los cuidados en España.

## Personas Mayores

Magdalena Díaz Gorfinkiel  
Universidad Carlos III de Madrid

# ÍNDICE

<b>1.- MARCO CULTURAL: LA POBLACIÓN MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>2.- TIPO DE CUIDADOS O ATENCIÓN PRESTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>3.- TAMAÑO Y EL TIPO DE INSTITUCIONES EN ESPAÑA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.- CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE EN INSTITUCIONES ....</b>	<b>21</b>
<b>5.- RELACIÓN CUIDADORES Y CUIDADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6.- RESULTADO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LAS PERSONAS.....</b>	<b>26</b>
<b>7.- EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>8.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>30</b>

## 1.- Marco cultural: la población mayor y el envejecimiento

La atención de la población mayor constituye uno de los principales retos de la sociedad española. El envejecimiento poblacional, la incorporación de las mujeres a la esfera pública o el desarrollo urbano constituyen características, compartidas con el entorno europeo, que la obligan a replantearse tanto las formas en que se gestionan los cuidados en el presente como las posibilidades de su organización para el futuro. Las sociedades longevas y el consecuente cuidado de larga duración conforman un claro desafío para las políticas sociales y para el respeto de la dignidad humana y los derechos de las personas. Se debe conseguir no solo satisfacer las necesidades básicas del creciente número de mayores sino también preservar sus derechos, libertades fundamentales y autonomía<sup>1</sup>.

En relación a la cuestión del envejecimiento de la población, el informe del CES<sup>2</sup> señala a España como uno de los países que se verá más afectado por este proceso debido a la importante explosión demográfica que supuso la conocida como generación de *baby-boomers*. El peso relativo entre colectivos etarios indica que la población mayor de 65 años en España en el año 2020 constituyó el 19,6% del total, encontrándose ligeramente por debajo de la media de la UE-27 que alcanzó el 20,6% (siendo Italia, Grecia y Finlandia los países más envejecidos con un 23,2% para el primer caso y 22,3% para los otros dos)<sup>3</sup>. Las proyecciones de población, además, indican un aumento claro y sostenido del peso de los mayores de 65 años en la población total, siendo que se estima que alcance el 23,8% en 2030 y el 32,7% en 2050<sup>4</sup>. Todos estos datos demuestran la necesidad de afrontar este proceso, cuestión que a pesar de su presencia en la agenda política no parece se esté llevando a cabo con la intensidad requerida.

*Yo creo que en el envejecimiento de la población estamos mirando hacia otro lado y cuando el problema surgirá, porque ya está surgiendo, de gente desatendida, evidentemente entonces nos daremos cuenta de lo mal que hemos hecho. (EPM19-24.04-Privada)<sup>5</sup>*

*Somos un país muy longevo, nuestra esperanza de vida es la mayor de Europa, pero ¿qué estamos haciendo con nuestros viejos y por qué? (...) Yo creo que esta es una cuestión muy importante que tenemos en España, tenemos un país muy longevo, este tema no va a desaparecer, al revés, va a aumentar. (EPM4-09.03-Científica)*

<sup>1</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>2</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

<sup>3</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED. *Un perfil de las personas mayores en España*, número 29, 2022, disponible en [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf](https://www.envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf)

<sup>4</sup> COMISIÓN EUROPEA. *Long term-care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing societies*, 2021, disponible en <https://www.age-platform.eu/publications/2021-long-term-care-report>

<sup>5</sup> En este documento se alude a los discursos obtenidos del trabajo de campo realizado para el proyecto EDI. A cada entrevista se le asigna un código que refleja el colectivo entrevistado (población mayor), número de entrevista (19 en este caso), la fecha de realización (24.04 en este caso) y el perfil del entrevistado/a (de entidad privada este caso). La sección metodológica del informe explica esta cuestión con mayor detalle.

La constitución de este grupo de población no se presenta homogénea, siendo uno de los principales rasgos las diferencias de edades y condiciones de salud dentro de él. Uno de los elementos más destacables es el fenómeno del sobreenvjecimiento, es decir el volumen de población con edades superiores a los 85 años en relación a todos los mayores de 65. Las edades de los “más mayores entre los mayores” implican un aumento de las posibilidades de presentar condiciones de vida menos saludables y de necesitar una mayor presencia de servicios de atención para la vida cotidiana. Las diferencias de edad dentro del colectivo implican la necesidad de gestionar mayor cantidad y variedad de recursos y programas públicos, con el fin de satisfacer las necesidades de todas las personas involucradas. La perspectiva de género, tanto en función de las necesidades diversas que pueden presentar hombres y mujeres, como de su participación en la provisión de cuidados, constituye otro elemento que debe tenerse en consideración en el análisis de esta cuestión. La feminización de la vejez y de las actividades de cuidados se presenta notoria y definitoria para los procesos de cuidados.

Volviendo a la cuestión etaria, la importante proporción de la población mayor en relación al total de la población española se explica, entre otras cosas, en función de la alta esperanza de vida en España: 83,3 años para ambos sexos en 2021<sup>6</sup>. El diferente comportamiento por sexo, tal como se mencionaba previamente, encuentra aquí su primera expresión al ser la esperanza de vida mayor en las mujeres que en los hombres, repercutiendo esto en las necesidades y condiciones de vida de cada uno de estos grupos: 85,8 años para las primeras y 80,2 para los segundos<sup>7</sup>. A pesar de la mejora general de la calidad de vida y la salud de las personas mayores en los últimos lustros, el aumento de la edad implica inevitablemente un aumento del número de años que éstas pueden vivir en situación de dependencia debido a la morbimortalidad<sup>8</sup> y al consecuente incremento de las tasas de discapacidad. La esperanza de vida, por tanto, conforma un concepto diferente al de la esperanza de vida en buena salud, el cual combina la mortalidad y la morbilidad y da cuenta de los años que una persona puede disfrutar en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidades. Este último enfoque se ha constituido en un indicador esencial para comprender el proceso de envejecimiento y las potenciales demandas de servicios de atención y cuidados.

*(...) que haya ya un envejecimiento activo y que lleguemos todos y todas con mejor calidad de vida, y sobre todo libertad de elegir donde quiero estar (EPM38-24.03-Municipal)*

El gráfico 1 refleja estos valores esenciales, demostrando que las mujeres viven más años que los hombres pero que lo hacen en peores condiciones de salud. La Encuesta EDI<sup>9</sup> señala resultados en esta misma línea ya que las mujeres expresan una peor percepción de su salud que los hombres, lo que las lleva a sentirse menos satisfechas con la vida que llevan. El 28,6% de las mujeres encuestadas aseguran que su salud se encuentra mal o muy mal frente al 11,2% de los hombres, mientras que el 28,6% de las

<sup>6</sup> INE, disponible en <https://www.ine.es/jaxiPx/Datos.htm?path=/t00/ICV/Graficos/dim3/10/&file=311G2.px>

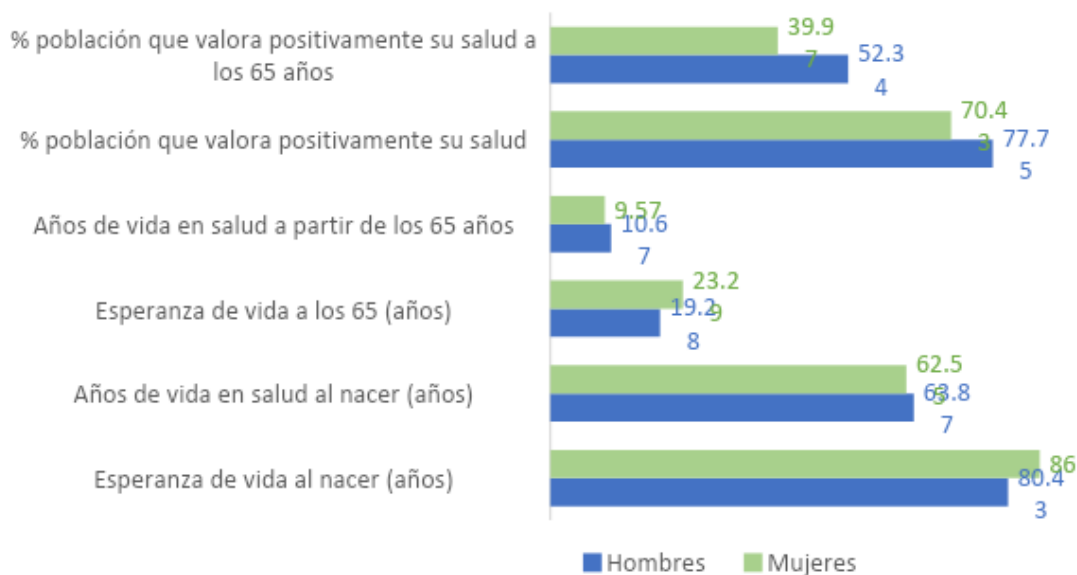
<sup>7</sup> Ídem.

<sup>8</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>9</sup> La Encuesta EDI consiste en una encuesta sobre la satisfacción de la vida cotidiana y la calidad de vida de los distintos colectivos foco de análisis de este proyecto, entre los que se incluyen tanto las personas mayores usuarias de centros residenciales como aquellas con otros perfiles habitacionales.

mujeres que han respondido la encuesta no se siente bien con la vida que llevan frente a 7,4% de los hombres.

**Gráfico 1. Años de vida y vida en buena salud, 2017**



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CES, 2022.

Se debe señalar que los datos proporcionados reflejan la situación de España en su conjunto pero que existen diferencias tanto regionales, por comunidades autónomas y/o provincias, como territoriales, fundamentalmente establecidas por el binomio rural-urbano. En cuanto al ámbito regional, la proporción de población mayor presenta enormes diferencias siendo, por ejemplo que en Asturias, Castilla-León y Galicia se encuentran en torno al 25% y en Baleares o Murcia alrededor del 15%<sup>10</sup>. En cuanto al volumen total de población, Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades con más población mayor, superando el millón de personas de esta franja etaria en cada una de ellas<sup>11</sup>. La mayor parte de personas mayores vive en entornos urbanos pero su peso entre la población rural es mucho más elevado, llegando al 28,4% en municipios de menos de 2000 habitantes<sup>12</sup>. La realidad del acceso a los servicios en el entorno rural, así como de las necesidades que presenta la población mayor para la realización de su vida cotidiana, difiere enormemente de la del ámbito urbano, por lo que es indispensable tener en cuenta esta cuestión en el momento de analizar la situación de los cuidados en la población mayor y las políticas públicas a ella relacionadas.

<sup>10</sup> COMISIÓN EUROPEA. *Long term-care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing societies*, 2021, disponible en <https://www.age-platform.eu/publications/2021-long-term-care-report>

<sup>11</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED. *Un perfil de las personas mayores en España, número 29*, 2022, disponible en [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf](https://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf)

<sup>12</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

*Yo vivo en un pueblo de 650 habitantes, claro, mucha gente mayor en este pueblo. De esos 650 creo que más de la mitad, si, si, no creo, estoy convencido, bastante más de la mitad están por encima de los 65 años, vamos, de largo. Mucha gente necesita apoyos, y existen los apoyos naturales y tal, pero en un sitio así ¿cómo diseñarías los cuidados? (EPM18-11.04-Nacional).*

*Tenemos una dificultad añadida que es que las poblaciones con que nosotros trabajamos son muy reducidas, estamos hablando de pueblos, de aldeas en las que quedan 10 personas, 15 personas, y a lo mejor estoy siendo generoso. Entonces los cuidados, ya no los cuidados informales sino también los cuidados formales es difícil que lleguen a estos puntos porque, bueno, la dispersión geográfica, la falta de recursos... Y además de las dificultades de moverse de las propias personas, ya no solo que no llegan los recursos a donde ellas están sino que las personas no pueden moverse a dónde están los recursos (...) en una visión rural no encontramos otra forma que no sea pues activando que las propias personas formen comunidad... ... (EPM5-09.03-TercerSector)*

Los cambios demográficos previamente mencionados se producen dentro de un claro proceso de transformación en los valores sociales, tanto respecto a la consideración de la vejez y los derechos de la población mayor como de la posición social de los cuidados en su conjunto. En cuanto a este último elemento, el concepto de cuidado se ha desarrollado enormemente en los últimos lustros, habiendo entrado en la agenda pública y política como un eje vertebrador del funcionamiento social. Uno de los conceptos explicativos más importantes para ello se relaciona con la necesidad de afrontar la denominada “crisis de los cuidados”<sup>1314</sup>, la cual hace referencia a la necesidad de cambios en la forma de organización social de los mismos con el fin de poder proveerlos ante la imposibilidad de hacerlo con los recursos y los actores/actrices tradicionalmente protagonistas. Las mujeres, como referentes de los cuidados en una sociedad familista como la española, ya no se encuentran disponibles o dispuestas a asumir estas tareas de manera exclusiva.

*Todavía es una sociedad familista y machista, donde los cuidados son una tarea femenina muy infravalorada, eh, mantenida de forma forzosa fuera de la economía productiva (...) hemos llegado a un deterioro de la calidad de los cuidados que es impropio de nuestra sociedad, es muy indigno, da mucha vergüenza. (EPM4-09.03-Científica)*

*Yo creo que ahora, estamos viendo primero que el tema del cuidado es enormemente más global. Yo creo que engloba absolutamente a toda la vida de todas las personas bajo múltiples aspectos, lo que pasa que después en función de sus vicisitudes, pues esas necesidades de cuidado y esas ofertas de cuidado pues van a ir variando. En segundo lugar hemos sido muy... estamos siendo cada vez más conscientes de que la diferencia de una ética de los cuidados y una ética de la justicia no es correcta y que en realidad la adecuada ética de los cuidados tiene como uno de sus focos, como una de sus perspectivas de ser ética de la justicia... (EG2-24.04-Experto)*

<sup>13</sup> PÉREZ OROZCO, AMAIA, “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, nº 5, 2006, pp.7-37, disponible en [http://observatoridesc.org/sites/default/files/1\\_amenaza\\_tormenta.pdf](http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf)

<sup>14</sup> EZQUERRA, SANDRA, “Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real”, *Investigaciones Feministas*, nº 2, pp. 175-187, disponible en [https://doi.org/10.5209/rev\\_INFE.2011.v2.38610](https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610)

En cuanto al concepto de vejez, la existencia de estereotipos rígidos sobre el proceso de envejecimiento, que incluye la homogeneización de sus realidades y la consideración de la ‘escasa utilidad’ de este colectivo poblacional para la sociedad, se está modificando en los últimos años gracias al trabajo de numerosas asociaciones y especialistas<sup>15</sup>. Incluso la propia tradicional frontera de los 65 años como base del comienzo de la etapa de vejez se encuentra en cuestión, ya que se considera que es la pérdida de autonomía la que establece los límites a la participación social y no la edad biológica *per se*<sup>16</sup>. Las condiciones de salud, las expectativas de vida y los años por vivir presentan una enorme variedad entre personas de un mismo grupo de edad, careciendo de sentido desarrollar una visión homogeneizadora de todo este colectivo poblacional. Esta transformación en la visión del colectivo de mayores ayudaría a reconocer las aportaciones del colectivo como agente de cambio y desarrollo económico y social<sup>17</sup> y así modificar también la percepción de la población mayor como una amenaza para los sistemas de protección social. En definitiva, se trata de seguir avanzando contra el edadismo imperante en la sociedad, el cual presenta tal magnitud que Naciones Unidas a través de sus distintos organismos ha desarrollado una investigación específica con el objetivo de superar, a través de datos desglosados y análisis sistemáticos, el desconocimiento sobre las estructuras sociales, legislativas y públicas subyacentes que impiden el trato igualitario de las personas mayores<sup>18</sup>. El mencionado informe define como edadismo aquel proceso por el cual se utiliza la edad “para clasificar y dividir a las personas de una forma que comporta un daño, desventaja o injusticia, y que erosiona la solidaridad intergeneracional”<sup>19</sup>.

*...si yo considero ya a una persona mayor con dependencia, dependiente, tiene enfermedad, porque ¡pobrecito, es mayor y es lo que le toca! Pues ya vamos mal (...) Y si no somos capaces de cambiar la mentalidad que tenemos respecto a.a.a las personas mayores, que se engloba dentro del término edadismo, pero que es esa mala imagen que tenemos de la vejez ¡no seremos capaces de cambiar nada! (...) No vamos nunca a poder ser capaces de defender los derechos de las personas, porque partimos ya de la base de que hay derechos que pueden ser menos valorados en ese tipo de personas ¿no? (EPM1-23.02-Científico)*

El desarrollo de la pandemia del Covid-19 no sólo puso de manifiesto la presencia del edadismo sino que hizo explícitas las dificultades del sistema social para garantizar la dignidad de la vida cotidiana de esta población, e incluso su propia existencia. Según

---

<sup>15</sup> Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país, 2020, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/noticias/200401-cambio-modelo-cuidados-php/>

<sup>16</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

<sup>17</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>18</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre el edadismo*, 2021, disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>

<sup>19</sup> Ídem, página 2.

datos ofrecidos por Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez<sup>20</sup> 3 de cada 100 personas infectadas por Covid-19 y 40 de cada 100 fallecidas en España (2,72% y 37,16% respectivamente) pertenecían al grupo de personas mayores alojadas en residencias (quienes, por su parte, representan únicamente el 0,68% de la población española). Aunque es tarea casi imposible cuantificar el impacto directo de la gestión de las residencias y del edadismo social subyacente en la mortalidad de las personas mayores usuarias de residencias, todo parece indicar que se podrían haber reducido las cifras de fallecidos con un control de la cadena de contagios diferente al implementado<sup>21</sup>. Así, el 73% de las personas encuestadas en septiembre de 2020 considera que la crisis pandémica en las residencias se ha gestionado mal, achacándole mayor nivel de responsabilidad al hacer de las comunidades autónomas: el 45% las señala como las principales responsables mientras que el 28% señala la responsabilidad compartida con el gobierno central; el 24% restante lo atribuye en exclusiva a este último nivel<sup>22</sup>. Las propias cifras reflejan que la situación se desarrolló de manera muy dispar según regiones, siendo por ejemplo que la comunidad de Madrid presentó un índice de defunciones un 52,9% superior a las esperadas en función del peso de sus plazas residenciales a nivel nacional<sup>23</sup>. Se debe señalar, sin embargo, la necesidad de cautela en la interpretación de los datos debido al desigual desarrollo de las estadísticas y de la proporción de información de las distintas comunidades autónomas. A falta de certezas numéricas absolutas, el informe del defensor del pueblo del año 2021 señala que la situación general durante la pandemia Covid-19 fue crítica para las personas mayores, sus familiares y el personal profesional debido a la incertidumbre y la obligación de abordar necesidades imperiosas y sobrevenidas<sup>24</sup>.

La situación de desamparo de la población mayor durante la pandemia de Covid-19 ha hecho explícitas las deficiencias existentes y ha acelerado la fuerza de los planteamientos, que ya llevaban desarrollándose varios lustros, que defienden el derecho a los cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular a desarrollar en domicilios y con servicios comunitarios. Diversos informes señalan la necesidad de mejorar los cuidados de larga duración, de dotar de mayor financiación a los servicios, de fomentar un enfoque comunitario en su provisión, de transformar las instituciones actuales y en particular la atención residencial, de centrar la atención en las personas y de dignificar la profesión de cuidar<sup>25</sup>. Esta línea de incidencia caracteriza no solo a la situación española sino también a la de la propia Unión Europea. En 2017 esta última desarrolló el concepto de derecho subjetivo a los cuidados de larga duración dentro de los principios de Pilar europeo de derechos sociales (principio 18), entrando éstos a formar

<sup>20</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR Y GONZALO GIMÉNEZ, ELENA, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, *Gaceta sanitaria*, nº 36 (3), pp. 270-273, 2021, disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005>

<sup>21</sup> CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. *Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y Covid-19: dificultades y aprendizajes*, 2020, disponible en <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> ZUNZUNEGUI, MARÍA VICTORIA, “COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes”, *Gaceta sanitaria*, nº 36(1), pp. 3–5, 2022, disponible en [10.1016/j.gaceta.2021.06.009](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.009)

<sup>24</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. *Informe*, 2021, disponible en <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2022/>

<sup>25</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. *Informe anual 2022*, disponible en <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2022/>



parte de las prioridades del modelo social europeo<sup>26</sup>. En septiembre de 2022 se aprobó la Estrategia europea de los cuidados, que insiste en estas ideas convirtiéndolas en un elemento de desarrollo esencial de las sociedades europeas y señalando que los cuidados constituyen un elemento clave en la vida de todas las personas, por lo que el acceso a los servicios de cuidados deben estar garantizados a través de unos recursos de calidad, asequibles y accesibles<sup>27</sup>. En concreto se insiste en que los cuidados de larga duración sean oportunos e integrales para que las personas con necesidades de atención puedan desarrollar una vida digna e independiente<sup>28</sup>.

*Yo creo que la pandemia ha sido como el detonante que ya ha dicho ‘bueno, ya basta de este sistema’, y creo que ha acelerado ¿no? el proceso de busquemos un sistema que funcione, busquemos un sistema que las personas tengan calidad de vida y en el que las personas puedan seguir con sus planes de vida, que no por tener 80 años tengo que dejar de tener un plan de vida. (EPM5-09.032-TercerSector)*

## 2.- Tipo de cuidados o atención prestados

El sistema de protección social en la vejez incluye diversas herramientas ligadas a los cuidados directos que pueden diferenciarse, a grandes rasgos, en: servicios de atención residencial y servicios que ayudan a permanecer en el propio domicilio. Los primeros pueden considerarse como los equipamientos que ofrecen alojamiento y atención a las personas mayores que, por diferentes causas, no pueden permanecer en sus domicilios, implicando una atención 24 horas en un espacio que potencialmente cubre todas las complejas y distintas necesidades de las personas<sup>29</sup>. En los últimos años, conforme a las transformaciones acaecidas en relación a los modelos de cuidados de larga duración, las definiciones de centro residenciales se han modificado para incluir en ellas los elementos fundamentales del modelo actual basado en un enfoque de derechos: la dignidad, la autonomía, comunidad y proyecto de vida. Así, por ejemplo se puede señalar la siguiente conceptualización del modelo de residencia: “...modelo hogar donde viven grupos pequeños de personas en los que reciben la atención integrada social y sanitaria que precisan, así como apoyos personalizados para mantener su identidad y su proyecto de vida, preservando su dignidad, su autonomía y sus derechos y facilitando espacios y actividades que tengan que ver con lo que para cada persona es importante y otorga sentido a su vida”<sup>30</sup>. Es importante hacer notar que el Anteproyecto de ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León asume,

<sup>26</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

<sup>27</sup> Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

<sup>28</sup> INSTITUTO DE LAS MUJERES, *Documento de Bases por los Cuidados*, 2023, disponible en <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1969.pdf>

<sup>29</sup> No se va a entrar en este momento en la cobertura real o deficiente de estas necesidades por no ser el foco de este informe. El planteamiento discursivo de la atención residencial consiste en esta cobertura completa, independientemente de la aplicación que se produzca.

<sup>30</sup> FUNDACIÓN PILARES. Papeles de la Fundación 8. *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*, 2022, disponible en [https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES\\_8\\_Coleccion-FPilares.pdf](https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES_8_Coleccion-FPilares.pdf)

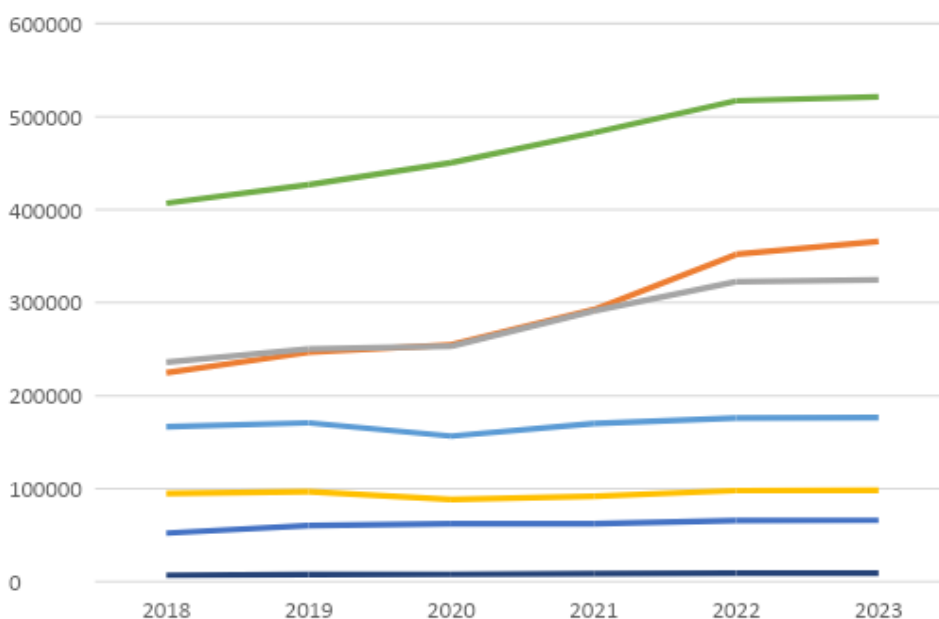
por primera vez en la normativa española, esta orientación en la definición de centro residencial.

*...se trata de que haga lo mismo que haría si estuviese en su casa, si está en su casa y no quiere hacer dieta pues no la hace ¿no? Pues este es el cambio de cultura, hay que empezar a hacerlo y priorizarlo. (EPM1-23.02-Científico)*

En cuanto a los servicios que ayudan a permanecer en el domicilio, como su nombre lo indica, consisten en recursos que ofrecen las administraciones públicas con el objetivo de proporcionar instrumentos de atención a las personas mayores, que combinados permitan una vida fuera de los centros residenciales. Esto último puede ocurrir exclusivamente si se produce la activación de numerosos recursos que cooperen para proporcionar la atención que las personas necesitan para la realización de su proyecto vital, ya que la proporciona de un único servicio de manera puntual no suele constituirse en un herramienta suficiente. Así se pueden considerar los servicios de atención domiciliaria (teleasistencia y servicio de ayuda a domicilio -SAD), los servicios de atención temporal (centros de día/noche) y aquellos de participación social (promoción personal). Todos ellos están enfocados a permitir alargar el periodo de vida en el hogar manteniendo, o mejorando, la calidad de vida de las personas cuidadas y sus entornos.

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

**Gráfico 2. Evolución de servicios para personas mayores**



*Fuente: elaboración propia a partir de datos del Imserso (Estadística mensual)  
 Los datos son a 31 de diciembre de cada año, a excepción de 2023 que son a 30 de junio.*

La primera cuestión que se percibe en este gráfico reside en la importancia de los cuidados familiares, que a pesar de no poder considerarse un servicio en sí mismo deben ser mencionados por constituirse en un pilar clave de los cuidados de larga duración<sup>31</sup>. Los cuidados no formales como forma de provisión de atención presenta numerosas consecuencias tanto para los receptores de los cuidados como para el bienestar de las familias y/o las cuidadoras dentro de ellas<sup>32</sup>. Desde la aplicación de una perspectiva de género, la primera cuestión que debe considerarse alude a la abrumadora feminización de estas tareas: el 69,6% del total de quienes las realizan son mujeres<sup>33</sup>. Según la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)<sup>34</sup> el 27,3% de las mismas ocupan el lugar de hijas y el 13,6% de esposa o pareja femenina, mientras que los hombres representan el 13,3% cuando son hijos y el 10,7% cuando son marido o pareja masculina. La feminización de este tipo de cuidados implica, entre otras cosas, la sobrecarga de las mujeres en la vida diaria. Se debe señalar, sin embargo, que los datos indican que a partir de los 65 años la proporción de hombres que realizan actividades de cuidado ha aumentado de manera constante en los últimos años, debido al progresivo cambio cultural y a una mayor frecuencia de la vida en pareja en edades avanzadas. En la actualidad, en este segmento etario, sus cifras son similares a las que presentan las mujeres: el 14% de estas últimas frente al 13,6% de los varones<sup>35</sup>. La intensidad detectada en ambos colectivos, sin embargo, se presenta divergente, siendo que las mujeres acumulan una mayor dedicación horaria que los hombres. Así se refleja un desequilibrio en la distribución de responsabilidad entre ambos sexos, siendo que la presencia principal la asumen las mujeres mientras que los hombres adquieren un papel complementario.

*...las personas cuidadoras, por cierto, son la mayoría mujeres. Aquí hay una discriminación de género brutal, brutal, que hay que empezar a luchar con ella ¿Por qué? Porque cuando es la mujer la que se pone enferma, el hombre lo que hace es que la ingresa en una residencia. (EPM1-23.02-Científico)*

*Nadie dice que la familia deje de cuidar, generalmente es una mujer que abandona gran parte de su vida para hacer los cuidados, pero nadie dice que deje de cuidar sino que tenga formación, acompañamiento, apoyo y que no haya barreras a las necesidades que esta personas entiende que hay que cubrir... (EPM6-13.03-TercerSector)*

<sup>31</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO Y MARBÁN GALLEGO VICENTE (coordinadores), *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, 2022, disponible [https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio\\_evaluacion\\_saad.pdf](https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio_evaluacion_saad.pdf)

<sup>32</sup> LLÁCER, A; ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> VICTORIA; GUTIERREZ-CUADRA, P. BÉLAND, FRANÇOIS Y ZARIT, S.H., “Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain”, *European Journal of Public Health*, nº 12, pp. 3-9, 2002, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11968518/>

<sup>33</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO Y MARBÁN GALLEGO VICENTE (coordinadores), *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, 2022, disponible [https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio\\_evaluacion\\_saad.pdf](https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio_evaluacion_saad.pdf)

<sup>34</sup> La encuesta EDAD la realiza el INE con el objetivo de conocer las características de las población con algún tipo de discapacidad con el objetivo de obtener información para la planificación de políticas públicas. Los datos que incluye exceden a la población mayor, pero ésta representa un porcentaje importante.

<sup>35</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED. *Un perfil de las personas mayores en España, número 29*, 2022, disponible en [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf)

Visibilizar la situación de los cuidados no profesionales, dignificar su papel y reconocer su aportación a la organización social se ha convertido en un claro objetivo social y político que ha producido numerosos avances en las políticas públicas. Se debe tener en cuenta que prácticamente ningún país de la Unión Europea realiza una evaluación sistemática de la situación de las cuidadoras informales ni desarrolla un marco de apoyo a los mismos<sup>36</sup>. Para el caso español una de las cuestiones que se pueden señalar en esta línea se encuentra relacionada con el Real decreto-ley 5/2023<sup>37</sup>, el cual amplía la población objeto de atención incluyendo a los ascendientes y a situaciones de necesidades cotidianas. De esta manera se visibilizan las necesidades de cuidados de los distintos segmentos etarios y la consecuente obligación de reconocerlas en relación a los tiempos productivos normativamente estipulados.

*Y luego pone en peligro también el bienestar de las personas cuidadoras, como está demostrado en toda la bibliografía internacional, los cuidados en las condiciones en que se prestan en este momento, sin son familiares llevan a una captación, a un secuestro de las personas cuidadoras, que tiene que renunciar en muchísimos casos a un plan de vida digno. (EPM4-09.03-Científica)*

*Que quizá el derecho que no hemos consolidado en absoluto es el derecho al cuidador, a la cuidadora a tener apoyos (...) hay muchas situaciones en las que se puede producir ya claudicación de cuidadores por sobrepresión y machacamos, hay mucha gente machacada cuidando... (EPM18-11.04-Nacional)*

En cuanto a los servicios propiamente dichos, el gráfico 2 refleja la distinta presencia y evolución de cada uno de ellos. Así la atención residencial ha permanecido prácticamente constante en los últimos cinco años y con cifras inferiores a la de otros servicios. Los recursos de teleasistencia y atención a domicilio destacan dentro de todos los servicios ofertados y, además, han aumentado su presencia en los últimos años. El análisis de implantación de los servicios debe incorporar, sin embargo, no solo la situación de la oferta en términos absolutos sino también la distinta intensidad que presenta cada uno de ellos. Sólo así se puede calibrar su impacto en la atención efectiva que prestan a las personas mayores, en relación a su contribución para la consecución de la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La teleasistencia, por ejemplo, ha aumentado enormemente su presencia, probablemente por ser un servicio que no implica excesiva inversión en recursos humanos ni intensidad en la prestación. En el momento actual está diseñado, fundamentalmente, como un recurso de emergencia que asiste en situaciones puntuales sin prestar una atención intensa ni continuada, pero permitiendo una conexión permanente a aquellas personas mayores sin dependencia o con un grado reducido. La ayuda a domicilio, por otro lado, implica una mayor presencia de personal cualificado pero su aumento en los servicios totales no implica una mejora en la intensidad de la prestación, ya que varios estudios reflejan que las horas de atención ofrecida han disminuido en varias comunidades autónomas a lo largo de los últimos años. Así un mayor número de personas se encuentran cubiertas por este servicio pero su intensidad no permite ofrecerles un apoyo completo para la construcción de una vida

<sup>36</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO Y MARBÁN GALLEGO VICENTE (coordinadores), *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, 2022, disponible [https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio\\_evaluacion\\_saad.pdf](https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2022/09/estudio_evaluacion_saad.pdf)

<sup>37</sup> Este decreto realiza la trasposición de la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores.

autónoma con calidad. Se debe mencionar, además la diferencia existente entre comunidades autónomas, en función de la competencia regional de los servicios sociales<sup>38</sup>. Los datos del SISAAD reflejan una importante variedad entre comunidades autónomas en las horas promedio mensuales ofertadas. Las diferencias entre comunidades autónomas también aluden a los criterios de co-pago, la flexibilidad y la complementariedad con otros servicios<sup>39</sup>, es decir con las posibilidades de adaptarse a las necesidades de los usuarios y sus familias.

*...si tomamos, bueno, las personas mayores, en general a la hora de garantizar que las personas mayores puedan vivir en sus hogares por el mayor tiempo posible no suele haber un paquete de ayudas de apoyo, y digo de apoyo no tanto ayudas, de apoyos que puedan permitir que la persona pueda mantenerse en su hogar por el mayor tiempo posible por sí sola de forma independiente, no suele existir, existen determinadas iniciativas, eh, más bien fragmentadas que garantizan algunos apoyos en determinadas situaciones pero no de manera global...(EG4-27.04-Experto)*

Por último mencionar, en relación a los servicios la escasa presencia de la figura del asistente personal, desarrollada casi exclusivamente en el País Vasco y Castilla y León, así como la presencia reducida de los centros de apoyo temporal (los de día mucho más desarrollados que los de noche) y de los recursos de prevención. Éstos últimos, sin embargo, deberían constituirse en un pilar fundamental de la nueva concepción de un sistema de cuidados centrado en el mantenimiento de las personas en su entorno.

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

Las instituciones por excelencia destinadas al cuidado y atención de personas mayores son los centros residenciales, los cuales, en la forma más extendida en la actualidad, agrupan a individuos pertenecientes a este colectivo con el fin de vivir juntos, y aislados de otros colectivos, en un centro que ofrece alojamiento las 24 horas. Las residencias de mayores constituyen la forma de institucionalización más extrema, es decir la aplicación de un paradigma de aislamiento de la comunidad, de pérdida de la capacidad de elección y de control de las decisiones que les afectan y de la imposición de formas y sistemas de vida rígidamente determinados. Se aprecia en los últimos años, sin embargo, un interés por transitar a modelos residenciales alternativos basados en la atención integral y centrada en la persona (AICP)<sup>40</sup>, aunque continúa siendo un modelo minoritario y, sobre todo, con especial dificultad de traslación a la práctica cotidiana.

*...nosotros decimos que hay que cerrar las residencias, lo decimos, ya sabemos que no se puede hacer ¿no?, pero lo decimos para que quede claro lo que queremos. No queremos tener las residencias que tenemos, que con residencias como si fuese un hospital, que son instituciones que evitan el contacto de las personas con la comunidad,*

<sup>38</sup> COMISIÓN EUROPEA. *Long term-care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing societies*, 2021, disponible en <https://www.age-platform.eu/publications/2021-long-term-care-report>

<sup>39</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED. *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*, 2021, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf>

<sup>40</sup> FUNDACIÓN PILARES. *Papeles de la Fundación 8. El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*, 2022, disponible en [https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES\\_8\\_Coleccion-FPilares.pdf](https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES_8_Coleccion-FPilares.pdf)

*con la familia, con su historia previa y que, además, lo que hacen de alguna manera, dan servicios sin tener en cuenta a las personas. (EPM1-23.02-Cintífico)*

*...la distancia entre lo que la gente quería, quiere en su proyecto vital y lo que ofrecían las instituciones en materia de cuidados se estaba agrandando de manera ya bastante insostenible, por eso ya se estaba incorporando en la agenda política, de alguna manera, hacer una revisión, y afortunadamente creo que en el caso español se han dado pasos de gigante en lo que ya es cambio de paradigma, cambio cultural, que llevará décadas, va a llevar décadas... (EPM18-11.04-Nacional)*

La cultura institucional de perspectiva asistencialista, y con una consecuente discriminación estructural, también puede aplicarse en entornos que exceden las residencias, ya que las familias y la atención a domicilio, por ejemplo, pueden desarrollar relaciones despersonalizadas, con una rutina rígida, carentes de apego y afecto e imposibilitadoras del cuidado y la atención individualizada.

La tabla 1 ofrece un resumen de la situación de los centros residenciales a nivel de España en el año 2020, incluyendo tipologías de alojamiento para mayores bajo una amplia diversidad de modalidades (conjuntos residenciales, mini residencias, viviendas colectivas, etc.) y, por ende, con un perfil de atención e interacción con el entorno bastante diverso. Estos datos, por tanto, reflejan todo este espectro, aunque las residencias, por su mayor implantación en España, configuran la mayor parte de los recursos. Se debe explicitar, al igual que ya se hizo anteriormente, que la realidad de estos recursos es muy diversa en el territorio nacional, ya que las comunidades autónomas, e incluso las provincias o municipios, aplican políticas sociales con enfoques muy diversos. En este informe se ofrecerán datos a nivel de España en su conjunto aludiendo únicamente al nivel regional para situaciones puntuales. Por otra parte, también se debe señalar la dificultad de acceder a información clara referida al sector residencial debido a que no existe un organismo nacional responsable de estos datos, a que las normativas son autonómicas y existen grandes diferencias entre ellas y a la dificultad de cuantificar el número de personas mayores institucionalizadas en España, más allá de aproximaciones y estimaciones<sup>41</sup>. Con el objetivo de homogeneizar y presentar un mayor control de los servicios prestados por las distintas entidades e instituciones, se aprobó en julio de 2022 un acuerdo sobre la actualización de criterios comunes de acreditación de los centros y servicios relacionados con la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>42</sup> Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13580](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13580)

**Tabla 1. Centros residenciales por titularidad y tamaño**

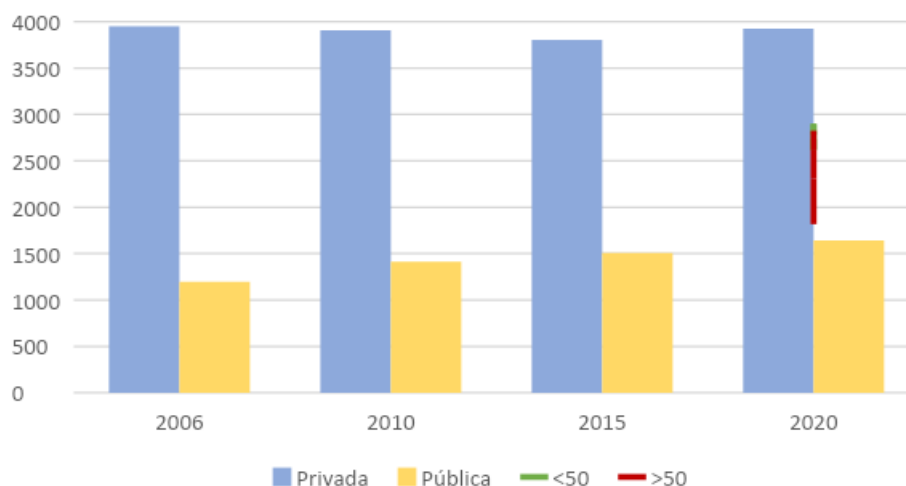
	Titularidad		Tamaño	
	Privada	Pública	< 50	>50
2006 <sup>1</sup>	3952	1199	2781	1818
2010	3909	1412	2899	2305
2015	3803	1510	2618	2612
2020	3925	1642	2736	2825

Fuente: elaboración propia en función de los datos de Envejecimiento en red.

<sup>1</sup>Se elige este año (y no el 2005) por encontrarse los datos más completos

El gráfico 3 complementa la información anterior reflejando la evolución de la presencia de los centros residenciales y su tamaño en los últimos 20 años<sup>43</sup>.

**Gráfico 3. Centros residenciales por titularidad y tamaño**



Fuente: elaboración propia en función de los datos estadísticos del Imsero.

<sup>43</sup> Los primeros datos han sido obtenidos del CSIC y los segundos del Imsero, por lo que no coinciden de manera absoluta pero sí se encuentran muy cercanos y reflejan una misma situación. El Imsero con sus distintas bases de datos y el CSIC con su equipo de envejecimiento en red son los referentes en la producción de información respecto a la población mayor.

La primera cuestión que se puede señalar es el volumen constante de centros residenciales desde el año 2006, siendo que se detecta un leve aumento en aquellos de titularidad pública. En estos datos se reflejan dos tipos de titularidades, pero se debe explicitar que en España las combinaciones de titularidad y gestión son muy variadas: titularidad y gestión pública, titularidad y gestión privada, pertenecientes a entidades del sector no lucrativo o titularidad pública de gestión privada. Volviendo a los datos, éstos indican que la titularidad privada de los centros es claramente mayoritaria, llegando a representar más del 70% de la oferta de alojamientos en el 2020. El esfuerzo que se aprecia desde el año 2006 por parte de los recursos públicos no repercute de manera significativa en la distribución de los mismos (los centros privados descienden 6 puntos porcentuales). Otra tendencia importante, que excede la información de los datos, es la relativa a que en los últimos años se ha generalizado en España la presencia de grandes corporaciones internacionales que encuentran en los cuidados de larga duración un importante nicho de negocio<sup>44</sup>. Estas estructuras no se parecen a las tradicionales residencias de pequeños propietarios o entidades y se han demostrado con una mayor inclinación por la obtención de beneficios sobre la calidad de los servicios prestados. Los discursos obtenidos de las entrevistas señalan también, sin embargo, que en las grandes corporaciones reside una mayor capacidad de inversión y de innovación, tanto en las formas de gestión de las residencias como en las formas de gestionar los cuidados en ellas.

*...las residencias van a tener que seguir existiendo, pero creo que no tienen que ser tanto negocio, es todo un negocio ¿vale? Y cuando se han querido poner en marcha determinadas legislaciones que afectaban a las residencias, yo he visto en, en persona cómo muchos grandes gerentes, muchos grandes cuerpos de ‘economy’ de ‘economy senior’ ...bueno, que dices ‘aquí hay negocio de la leche’.* (EPM10-15.03-Nacional)

*La colaboración público-privada es esencial, básica. Si no hay colaboración público-privada, el público no puede hacer nada y el privado tampoco porque las personas necesitan subvencionarse y necesitan ayudas, por lo tanto, el buen equilibrio es cuando funciona la colaboración público-privada. Por ejemplo, Cataluña, en Cataluña de las 60.000 plazas que hay, únicamente públicas, públicas, gestionadas por la propia administración hay 12 centros de los mil. Cincuenta los ha construido la Generalitat y los estamos gestionando empresas como la mía y los demás son empresas que hemos invertido con ayuntamientos, solos, y es un mixto.* (EPM19-24.04-Privada)

*¿El modelo de gestión influye en la prestación del servicio? Si, sin duda, sin duda, sin ningún lugar a dudas. Y en nuestro país se está produciendo una entrada muy importante de capital, de capital riesgo en este sector que...que nos debería hacer reflexionar, que puede ser crítico, porque es legítimo ganar dinero, por supuesto, pero los fondos de inversión a corto plazo están demandando unas rentabilidades que difícilmente son conseguibles con el actual...con este tipo de servicios.* (EPM12-17.03-Autonómico)

Por otra parte, y tal como apunta la última cita textual, se debería indagar en las diferencias entre regiones españolas en relación a la fórmula de partenariado público-privado, donde la propiedad de la residencia es pública pero la gestión cotidiana del

<sup>44</sup> ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> VICTORIA; RICO, MANUEL.; BÉLAND, FRANÇOIS; GARCÍA-LÓPEZ, FERNANDO J., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiología*, nº 3, pp. 323–336, 2022, disponible en <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030025>



personal y de los servicios lo realiza una empresa privada<sup>45</sup>. En Madrid, por ejemplo, parece haberse extendido esta fórmula sin un control administrativo pertinente que lleva a cada residencia a funcionar en función de los parámetros y estándares de la empresa adjudicataria. Los datos proporcionados por el CSIC<sup>46</sup> también demuestran una importante variación en la titularidad residencial a nivel del estado, siendo que Cataluña, Castilla-León y Madrid presentan las mayores proporciones de residencias con titularidad privada. Esto, sin embargo, debe diferenciarse de la financiación de las plazas ya que una residencia privada puede ser financiada con recursos públicos, como es el caso de Cataluña donde más de la mitad de las plazas en centros privados se financian con recursos públicos.

A falta de estudios respecto al funcionamiento de las instituciones en función del tipo de titularidad, y en términos generales, sí se puede señalar que la gestión privada parecería conllevar inversiones a la baja en los centros y que esto repercutiría en la calidad de los servicios<sup>47</sup>. Estudios a nivel internacional han señalado que las residencias de titularidad privada tienen ratios más bajos de profesionales-usuarios, ofrecen peores salarios, contratan personas con menores cualificaciones y presentan un índice de rotación laboral mayor<sup>48</sup>. Se debe señalar que existe un debate en relación a esta cuestión y los precios que las administraciones públicas abonan por persona usuaria de una residencia, señalándose que las exiguas licitaciones provocan la obligación de ajustar los gastos y, progresivamente, reducir la calidad del servicio. Se debería, por tanto, reflexionar sobre esta relación de gasto público-privado y sobre la propia naturaleza de esta relación en la provisión de cuidados. En esta línea de investigación sobre los servicios público-privados, los análisis realizados en relación al impacto de la mortalidad de los usuarios de residencias durante la pandemia refleja a nivel internacional (en países como Australia e Inglaterra) y español una mayor incidencia de la misma en las residencias de titularidad privada<sup>49</sup>. Por otra parte, y probablemente en función de esta misma variable, se pueden percibir diferencias entre comunidades autónomas tal como se señaló en la primera sección de este informe, siendo para el caso español que Castilla-La Mancha y Madrid presentaron los datos más altos de exceso de mortalidad<sup>50</sup> en personas mayores de 65 años (de marzo a junio de 2020)<sup>51</sup>.

*...que los modelos de atención sean homogéneos, no puede estar en una comunidad, en otra comunidad, o en una empresa o en otra empresa, el usuario que vaya*

<sup>45</sup> Ídem.

<sup>46</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED, *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020, 2021.*

<sup>47</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO Y MARBÁN GALLEGO VICENTE (coordinadores), *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf>

<sup>48</sup> ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> VICTORIA; RICO, MANUEL.; BÉLAND, FRANÇOIS; GARCÍA-LÓPEZ, FERNANDO J., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia*, nº 3, pp. 323–336, 2022, disponible en <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030025>

<sup>49</sup> Ídem

<sup>50</sup> El exceso de mortalidad se define como el incremento de los fallecimientos sobre los fallecimientos esperados (y establecidos en función de modelos que tienen en cuenta medias históricas observadas)

<sup>51</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

*tenga mejor o peor servicios. (...) Los precios, obviamente, los precios tienen...tienen que subir, se tienen que trabajar en la línea de que todos los centros trabajen con calidad (EPM3-24.02-TercerSector)*

*...cuando trabajamos con servicios de la administración pública, nos estamos encontrando con un problema muy serio y es que los precios...el servicio puedes tener un contrato de tres, cuatro años, pero los precios no se revisan, por la desindexación. Para las entidades eso es un problema tremendo porque durante todos los años hay un IPC, hay una revisión de convenio, el servicio se va encareciendo y tiene que ir en línea del precio porque en ese sentido, bueno, pues nos vemos con dificultades. (EPM3-24.02-TercerSector)*

*Un estudio publicado demuestra que la colaboración público-privada en las condiciones actuales ha sido letal. (...) Lo que ocurre es que en Cataluña, en toda Cataluña hay solamente 9 residencias con más de 200 personas ¿vale? En Madrid, el tamaño mediano de las residencias de Madrid es 204. En Madrid el 50% de las residencias tienen más de 200 camas, entonces claro, cuando estás comparando Madrid, Barcelona, o lo que sea, hay que tener en cuenta esas cosas. (EPM4-09.03-Científica)*

En cuanto a la clasificación de las residencias en función de su tamaño, se puede observar que en el año 2020 la distribución entre los centros pequeño-medianos (menos de 50 plazas) y aquellos mediano-grandes (más de 50 plazas) se encuentra equilibradamente distribuida, aunque se aprecia un considerable crecimiento de estas últimas desde el año 2006. Además, se debe distinguir el número de residencias respecto del número de plazas residenciales debido a que las grandes residencias alojan a un potencial número mayor de personas. En el año 2020 únicamente el 19,7% de plazas residenciales se encontraban en alojamientos de menos de 50 personas, siendo que el mayoritario 79,3% residían en grandes centros residenciales<sup>52</sup>. Tal como se señaló en la introducción, existe una enorme variedad de situaciones en función de las distintas regiones y provincias que componen el territorio nacional, pudiendo señalarse casos donde las residencias de más de 50 personas constituyen el 90% de las residencias totales. Esto ocurre en Madrid, La Rioja y Alicante<sup>53</sup>. Álava, por el contrario, presenta la situación opuesta, con más del 50% de plazas residenciales en alojamientos de menos de 50 personas<sup>54</sup>.

Si se tiene en cuenta la relación entre los dos elementos previamente mencionados, titularidad y tamaño, se obtienen los datos que reflejan la tabla 2 y el gráfico 4.

<sup>52</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED, *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020, 2021.*

<sup>53</sup> Ídem.

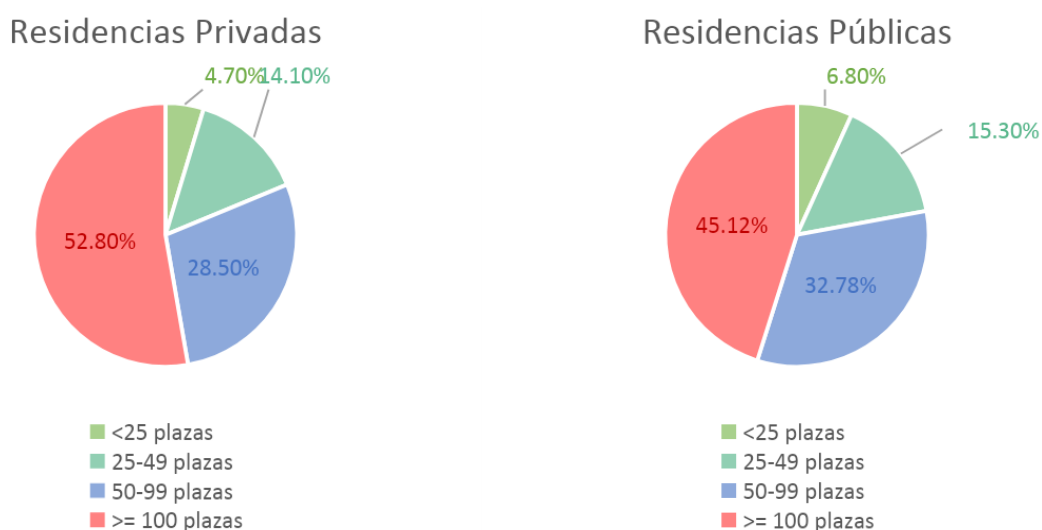
<sup>54</sup> Ídem

**Tabla 2. Centros residenciales por tipo y tamaño, 2020.**

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

*Fuente: elaboración propia en base a los datos de Envejecimiento en red, 2021.*

**Gráfico 4. Distribución por titularidad y tamaño, 2020.**

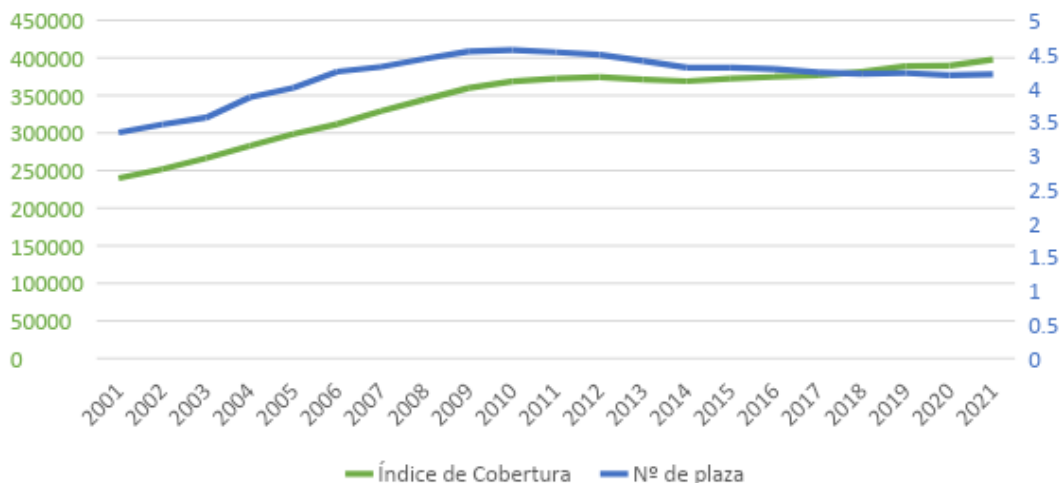


*Fuente: elaboración propia en base a los datos de Envejecimiento en red, 2021.*

Se puede apreciar que el sector privado presenta una mayor presencia en las residencias de tamaño medio-grande, ya que el 53,01% de ellas tienen capacidad para más de 50 personas. En el caso del sector público, la situación es la contraria ya que el 45,12% de las residencias presentan este tamaño, mientras que más de la mitad tienen una estructura de tamaño menor. La distribución por titularidad, sin embargo, no presenta datos que establezcan grandes distancias entre ambos casos.

Pasando por último al número de plazas ofrecidas y al índice de cobertura<sup>55</sup>, señalar que las primeras reflejan un aumento considerable desde el año 2001 al 2010 estancándose, e incluso descendiendo levemente, a partir de esa fecha. El índice de cobertura también se mantiene relativamente constante tras el pico alcanzado en el año 2011.

**Gráfico 5. Evolución de número de plazas e índice de cobertura**



Fuente: elaboración propia en base a datos de las Estadísticas del Imserso.

En el año 2023 se contabilizan un total de 407.085 plazas para personas mayores y 268.446 personas usuarias<sup>56</sup>. Estas cifras implicarían un nivel de ocupación de las residencias del 65,94%, aunque el CSIC lo calcula para 2021 en torno a un 77%<sup>57</sup>. En cuanto a las viviendas compartidas (alojamientos que mantienen a la persona en su medio habitual de vida gozando de independencia dentro de la vivienda bajo unas normas estipuladas), únicamente el 0,11% de la población mayor de 65 años hace uso de una plaza de este tipo (estando, además, concentradas en el País Vasco y Navarra)<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Se denomina índice de cobertura a las plazas existentes en relación a la población mayor de 65 años.

<sup>56</sup> IMSERSO, *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España, 2023*, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2021>

<sup>57</sup> ENVEJECIMIENTO EN RED, *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020, 2021*.

<sup>58</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 2020*, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

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

En España, las personas mayores cuyo domicilio es un centro residencial son aproximadamente el 4% de los mayores de 65 años y menos del 1% de la población general<sup>59</sup>. Según datos del Imserso, el índice de cobertura concreto de los servicios de atención residencial para el 2021 es del 4,30<sup>60</sup>. No existen datos, sin embargo, que especifiquen las características sociodemográficas de las personas allí residentes, aunque la literatura y las estadísticas generales permiten apuntar una de esas variables: la desigual distribución por sexo. Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez<sup>61</sup> señalan que el 71% de los residentes de estos alojamientos son mujeres (cifra que se eleva al 80% en los mayores de 80 años) y los datos del Imserso de febrero 2023 apuntan que el 62,79% de las solicitudes registradas en el SAAD (sistema de autonomía y atención a la dependencia) son también de mujeres<sup>62</sup>. Se puede afirmar, por tanto, que el sistema de protección social en la vejez se encuentra claramente atravesado por la dimensión de género, desempeñando su existencia un papel especialmente importante para las mujeres.

Por otra parte, también se puede establecer la edad como una característica del uso de las residencias, siendo que las estadísticas del Imserso señalan para el 2023 que el 74,1% de los residentes tienen más de 80 años. Existe una relación inversamente proporcional entre edad y autonomía, lo cual se ve corroborado por las estadísticas del SAAD que señalan que en febrero 2023 el 36,45% de las personas mayores de 80 años han presentado una solicitud al sistema, mientras que solo lo han hecho 6,60% de las personas entre 65 y 79 años. Obviamente no todos los solicitantes presentan demandas para residencias, pero teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento se puede inferir que un importante número lo harán en un futuro no muy lejano.

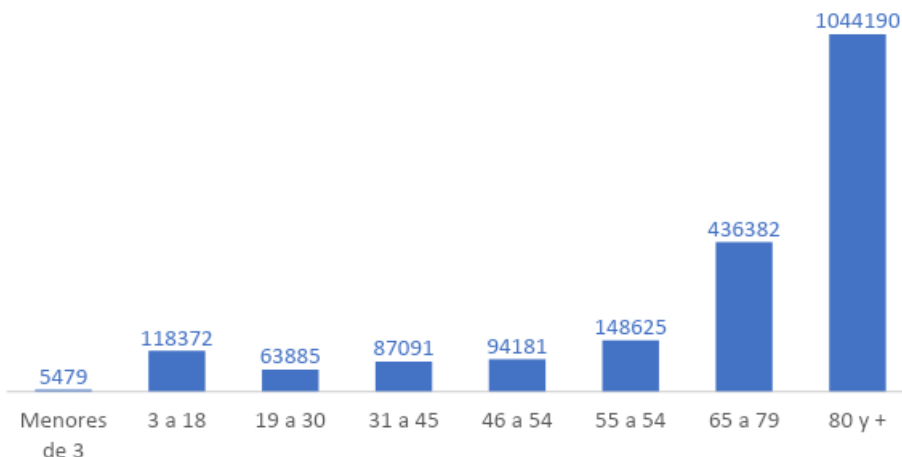
<sup>59</sup> ZUNZUNEGUI, MARÍA VICTORIA, “COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes”, *Gaceta sanitaria*, nº 36(1), pp. 3–5, 2022, disponible en [10.1016/j.gaceta.2021.06.009](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.009)

<sup>60</sup> IMSERSON, datos de estadísticas mensuales de febrero 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

<sup>61</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR Y GONZALO GIMÉNEZ, ELENA, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, *Gaceta sanitaria*, nº 36 (3), pp. 270-273, 2021, disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005>

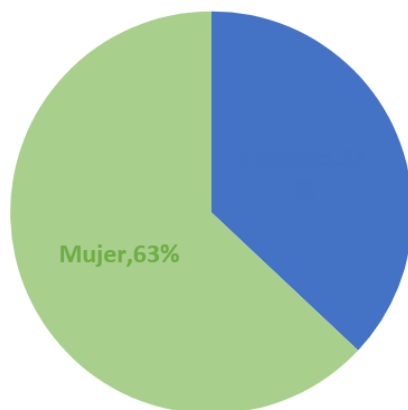
<sup>62</sup> Imserso, datos de estadísticas mensuales de febrero 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

### Gráfico 6. Solicitantes por tramo de edad, febrero 2023



Fuente: *Imserso, Informe mensual SAAD*

### Gráfico 7. Solicitantes por sexo, febrero 2023



Fuente: *Imserso, Informe mensual SAAD*

Teniendo en cuenta la cuestión de la edad, junto a las transformaciones implementadas por la LAPAD, también se puede señalar como características de los residentes una alta prevalencia de enfermedades crónicas y de dependencia para los cuidados. Así por ejemplo, según datos obtenidos por el Observatorio de La Caixa, el 40,6% de las personas mayores con dependencia reconocida y beneficiarias de una

prestación de la LAPAD se encuentra institucionalizadas en centros residenciales<sup>63</sup>. En la actualidad, el perfil mayoritario de personas usuarias de residencia coincide con aquellas que tienen algún tipo de enfermedad neurodegenerativa y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria<sup>64</sup>. Además, según señala el informe previamente mencionado las mujeres pasan un 94 % de su tiempo en la residencia con alguna enfermedad, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje se reduce al 60%. Esta cuestión puede explicarse por la distribución sexual de los cuidados, la esperanza de vida y la diferencia de edad en las parejas.

*Pero antes las personas más autónomas y más independientes decidían ir a las residencias y ahora el perfil que va a las residencias son personas con mayor grado de dependencia y mayor grado de necesidad o mayor grado de vulnerabilidad, que precisan más atención (EPM3-24.02-TercerSector)*

*...además, hasta una fase mucho más avanzada no pide ayuda o no se le reconoce esa necesidad de ayuda, o sobrecarga. Quiero decir que cuando atendemos a un hombre, normalmente ya está en una fase avanzada o media, cuando atendemos a una mujer, normalmente, es una fase más inicial de la enfermedad y de la dependencia (EPM33-16.04-Privada)*

A falta de otros indicadores sociodemográficos simplemente señalar el discurso de algunos entrevistados para esta investigación donde se apunta que el uso de las residencias también se encuentra atravesado por la variable clase social, ya que aquellas personas que pueden evitar su ingreso con la compra de recursos individualizados en el mercado, o como complemento de los servicios públicos, evitarán ingresar en un alojamiento de 24 horas. También el discurso señala la necesidad de entender la diversidad de la población mayor desde variados puntos de vista, como la orientación sexual o el origen étnico, siendo para este último caso que progresivamente las personas de origen extranjero están llegando a las edades más avanzadas y demandando cuidados de larga duración.

*...lo que sí vamos notando, lo que decimos en los distintos análisis, que a partir de los 80 años las personas de origen extranjero son a lo mejor el 1%, pero de los 65 a los 85 ya hemos crecido hasta el 7%. Entonces va creciendo, con lo cual significa que la diversidad...(EPM2-23.02-TercerSector)*

*Por eso nos hace falta un estudio, que no tenemos tampoco, sobre cuáles son las condiciones socioeconómicas de las personas mayores en las residencias actuales. Yo por lo que veo, la inmensa mayoría de las personas que están en residencias son personas de nivel socioeconómico bajo, con lo cual, eh....a ver, son personas que han trabajado toda su vida, que tienen una pensión de jubilación baja, que tienen un nivel de educación como el que había en aquella época...(EPM4-09.03-Cinetífica)*

Los perfiles y motivos de ingreso en un centro residencial no se encuentran estudiados de manera sistemática, pero existe cierto consenso en relación al impacto de la variable edad, la existencia de patologías físicas o mentales, las bajas rentas, el estado civil (mayor probabilidad en caso de viudedad o soltería), las redes sociales o el vivir en un entorno urbano<sup>65</sup>. En definitiva, la combinación de circunstancias individuales,

<sup>63</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>64</sup> Ídem.

<sup>65</sup> Ídem.

características del entorno y posibilidades de acceso a recursos de atención suficientes otorgados desde los servicios públicos constituyen los elementos que dibujan la potencial demanda de servicios residenciales.

## 5.- Relación cuidadores y cuidados

La relación cuidador-cuidado puede verse afectada por la forma de implantación del sistema en su conjunto, ya que en función de las condiciones previamente expuestas, y de la escala de precariedad que experimentan ambos polos de la relación, se modifican los estándares de calidad de los servicios y los vínculos desarrollados. La falta de condiciones mínimas para proporcionar o recibir cuidados puede mermar la construcción de unos lazos basados en el respeto y el interés mutuo, y es precisamente el establecimiento de estos vínculos los que se señalan como fundamentales para el bienestar de las personas mayores así como para el mantenimiento de un envejecimiento saludable<sup>66</sup>. Es diversa la literatura que demuestra que el establecimiento de un vínculo entre cuidador y cuidado implica numerosas mejoras en la calidad de vida de los usuarios, y los cuidadores, que llevan a disminuir las visitas hospitalarias, a mejorar los síntomas asociados a la edad y a aumentar la participación en la toma de decisiones relativas al final de la vida<sup>67</sup>. Incluso para el marco que excede la organización residencial, esta idea ha llevado a proponer modificaciones en la organización de los servicios de atención a domicilio creando pequeños núcleos de servicios donde las personas cuidadas y los profesionales pueden desarrollar una mayor autonomía y un fortalecimiento de los lazos afectivos<sup>68</sup>.

Con objeto de entender esta relación social, se debe señalar como factor fundamental, ya mencionado previamente, el cambio de paradigma que se está produciendo en relación a la consideración propia de la vejez y a los derechos de atención existentes. Tradicionalmente, el envejecimiento se constituía como sinónimo de despojar a las personas de sus características más humanas, es decir del derecho a ejercer la autonomía, la decisión individual y el raciocinio. Se realizaba un paralelismo de esta población con los niños y niñas más pequeños, considerando a ambos grupos como carentes de posibilidades de gestión de sus vidas y del establecimiento de sus preferencias vitales. Esta concepción infantilizadora establece automáticamente una relación asimétrica entre cuidadores y cuidados al posicionar a los primeros en una supuesta situación de superioridad intelectual y de conocimiento. En la actualidad, sin embargo, se está produciendo una superación de este enfoque con el desarrollo de un nuevo paradigma donde las personas mayores se dibujan con capacidades para decidir sobre sus propias vidas y para mantener una actitud vital activa durante todos los años que la salud se los permita. El modelo de atención integral centrado en la persona (AICP) precisamente pone

<sup>66</sup> Y, por supuesto, también para las personas cuidadoras al evitar su situación de precariedad y desvalorización.

<sup>67</sup> Ídem.

<sup>68</sup> Ejemplo de esta gestión que personaliza el servicios y estimula la proximidad se puede ver en Barcelona en el caso de las denominadas ‘supermanzanas sociales’. COMAS D’ARGEMIR, DOLOS, SANCHO, MAYTE, ZALAKAIN, JOSEBA, “Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, *Zerbitxuan*, nº 79, disponible en [https://www.zerbitxuan.net/documentos/zerbitxuan/Hacia\\_la\\_personalizacion\\_de\\_los\\_cuidados\\_apoyos\\_dependencia.pdf](https://www.zerbitxuan.net/documentos/zerbitxuan/Hacia_la_personalizacion_de_los_cuidados_apoyos_dependencia.pdf)



el centro en los individuos que recibe cuidados con el fin de respetar sus derechos y preferencias y, en consecuencia, su dignidad y bienestar<sup>69</sup>. En este sentido, la relación entre los profesionales de la atención y las personas mayores se está modificando en función de una concepción simétrica de la relación y de la consideración de la autonomía de las personas, independientemente de sus características sociodemográficas. Este cambio de paradigma no parece fácil de conseguir de manera integral, ya que implica una transformación profunda de las formas de concebir la vejez así como un reaprendizaje del funcionamiento de la relación con las personas mayores.

En esta misma línea se presenta esencial la formación de las personas cuidadoras, con el fin de que incorporen esta filosofía de simetría en la dinámica de las relaciones de cuidados. Esto debería aplicarse no sólo a los cuidadores directos sino también a los gestores y planificadores de estas actividades, pudiendo generar incluso la necesidad de creación de nuevas figuras profesionales. Los discursos de las y los entrevistados mencionan, entre otras, una figura denominada ‘promotor del cambio’, que como su nombre indica tendría la función de sensibilizar sobre la necesidad de generar nuevas formas de relación y consideración de las personas mayores y, sobre todo, de dotar de las herramientas para poder implementarlas. La inercia y la consolidación de formas determinadas de interacción lleva, en numerosas ocasiones, a reproducir unas formas de relación de manera acrítica y sin reflexión sobre los beneficios que el cambio puede aportar a todas las partes de la relación. La falta de formación para el desarrollo de formas de gestión alternativas a las tradicionales así como la ausencia de diagnósticos aplicados y de inversión en recursos humanos y materiales dificultan los cambios necesarios. Esta última cuestión, la inversión presenta debates ya que constituye un argumento esgrimido en algunos foros como problemático, pero genera rechazo en otros por considerar que la cuestión relevante no es tanto la inversión sino la distribución de la misma.

*...provocar el cambio en cualquier dinámica de trabajo, necesita alguien dentro, que es el que la empuja ¿no?, no solo el que la lidera sino también los que empujan. Entonces para cualquier cambio de este tipo va a ser necesario (...) también formar a promotores del cambio (EPM12-17.03-Autonómico)*

Mención aparte merecen dos elementos que exceden el enfoque de este informe pero que son interesantes de mencionar: la relación de cuidados entre cuidadores informales y personas cuidadas y la participación de las familias dentro de los modelos residenciales. En el primer caso, la importante presencia de este tipo de cuidadores dibuja de manera clara el desarrollo vital de las personas mayores que precisan cuidados y el cambio de paradigma debería involucrarlos de manera primordial para modificar la cultura institucional dentro de los propios hogares. El segundo elemento señala la necesidad de considerar a las familias, entendida de manera amplia, como parte del ‘equipo de cuidados’ de los mayores para garantizar un trabajo coordinado y una mejora en la calidad de vida de éstos<sup>70</sup>. Para que se produzca la construcción de un buen cuidado de los mayores las transformaciones también deben trabajarse desde el entorno familiar.

---

<sup>69</sup> FUNDACIÓN PILARES. Papeles de la Fundación 8. *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*, 2022, disponible en [https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES\\_8\\_Coleccion-FPilares.pdf](https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES_8_Coleccion-FPilares.pdf)

<sup>70</sup> Ídem.

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

Las investigaciones sobre los cuidados de las personas mayores reflejan que éstas desean continuar residiendo en sus viviendas de la misma manera que lo habían hecho durante los años de vida previa<sup>71</sup> y, por tanto, seguir participando de la cotidianidad de su comunidad y su entorno. Bajo este prisma, la institucionalización podría suponerse como una situación de cierto descontento y disconformidad en relación a la vida cotidiana. Se debe señalar, sin embargo, que a pesar de que la preferencia de la familia como cuidadora sigue siendo mayoritaria, las formas de cuidado formales han aumentado su aceptación en las últimas décadas<sup>72</sup>. Así el último estudio del CIS que abarca estas cuestiones, y se remonta al año 2014, señala que el 28,5% de las personas en su etapa de vejez querría vivir con alguien de la familia, el 36,1% con un cuidador o cuidadora remunerada y el 28,8% en un centro o residencia<sup>73</sup>. Es curioso el hecho de que si a estos mismos encuestados se les pregunta sobre el cuidado de sus familiares en edad avanzada y/o en situación de dependencia, el 57,3% de ellos señala que preferirían que viviesen con alguien de la familia, el 20,5% con un cuidador remunerado y el 22,8% en un centro o residencia. Estos datos demostrarían el cambio cultural que se está produciendo en relación a la construcción del buen cuidado y las ambivalencias que se generan entre lo que se considera socialmente aceptado y lo que se desea.

*Una persona mayor cuando envejece lo que quiere es vivir en su casa, en su comunidad, en su barrio.* (EPM4-09.03-Científica)

Volviendo al impacto concreto de la institucionalización en las personas, por el momento se carece de datos o estudios que lo analicen. No existen indicadores que evalúen la calidad de los servicios y, por ende, la satisfacción de su implementación. Así Zunzunegui<sup>74</sup> señala la necesidad de generar un sistema de información que facilite la vigilancia de la salud con indicadores de resultados relacionados con la calidad de los cuidados (caídas, ataduras, contención química), incluyendo también datos sobre incidencia de infecciones y estado de salud de las personas residentes. Solo así se podrán constatar los resultados de la institucionalización en las diferentes esferas de la vida cotidiana de las personas que allí residen y compensar la escasez de información sobre aspectos cualitativos de la atención prestada<sup>75</sup>. Se aprecia, en términos generales, un creciente interés de la gestión pública y la investigación por determinar y cuantificar las

<sup>71</sup> CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS), Cuidados a dependientes estudio número 3009, 2014, disponible en [https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078](https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078)

<sup>72</sup> FERNÁNDEZ CARRO, CELIA. “¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009)”, *REIS*, nº 164, disponible en [https://reis.cis.es/REIS/PDF/Reis\\_164\\_041538992700427.pdf](https://reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_164_041538992700427.pdf)

<sup>73</sup> CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS). *Cuidados a dependientes*, estudio número 3009, 2014, disponible en [https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078](https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14078)

<sup>74</sup> ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> VICTORIA; RICO, MANUEL.; BÉLAND, FRANÇOIS; GARCÍA-LÓPEZ, FERNANDO J., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia*, nº 3, pp. 323–336, 2022, disponible en <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3030025>

<sup>75</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

variables que inciden en el estado de ánimo y satisfacción de las personas residentes en centros<sup>76</sup>.

En términos generales, la literatura científica demuestra que las personas que viven en instituciones presentan una menor calidad de vida que quienes no lo hacen y que esto se refleja en un peor nivel de salud física y mental, unos mayores índices de depresión y ansiedad y una menor intensidad de las relaciones sociales<sup>77</sup>. El ingreso en un centro suele significar el abandono del hogar de varios años y la consecuente pérdida de los hábitos de vida y las redes sociales que eso había generado. En este sentido, diversas entrevistas han señalado la necesidad de potenciar las relaciones con el entorno con el objetivo de que los centros residenciales no se convierten en ‘no lugares’ aislados de las dinámicas de vida cotidianas y alejados de las relaciones sociales propias de las ciudades o pueblos donde se inserta el centro. Este proceso lleva a la desvinculación de su comunidad con la consecuente pérdida de puntos de referencia que esto puede provocar.

*No es tirar los centros, pero sí las vallas de los centros. (EPM18-11.04-Nacional)  
...defendemos el criterio éste de no participar en instituciones cerradas, salvo en situaciones concretas. (EG5-03.05-Sindicato)*

*De repente en residencia hay como un desarreglamiento, una desvinculación de muchas cosas que formaban parte de tú día a día, y eso es drástico de un día para el otro. (EPM33-14.03-Privada)*

Por otra parte, este aislamiento también apunta a la pérdida de autonomía que genera la forma actual de residencia en un alojamiento colectivo aislado, así como la disminución de la privacidad y de la capacidad para ocuparse de los propios asuntos. El ingreso en una residencia significa la imposibilidad de realizar las tareas cotidianas con la implicación que conlleva para el mantenimiento de las capacidades físicas y mentales. Además, históricamente se ha considerado que la autonomía de las personas sólo puede respetarse en los casos de inexistencia de cualquier tipo de enfermedad, fundamentalmente mental. Las líneas de investigación recientes, sin embargo, han demostrado que toda persona que reciba apoyos capacitadores e inclusivos, independientemente de su situación cognitiva, es susceptible de recibir un trato individualizado y centrado en la persona<sup>78</sup>.

*...cualquier persona con un problema de dependencia puede ser susceptible de trabajar la autonomía. (EPM10-15.03-Nacional)*

*...cuando tú envías a una persona a una residencia se le acelera el deterioro porque pierde mucha autonomía, o sea, lo que antes...cosas que tenía que hacer en casa, ahora pasa a ser un sujeto pasivo... (EPM22-09.05-Autonómico)*

La pérdida de autonomía se encuentra directamente relacionada con la despersonalización, ya que los mayores carecen de capacidad de elección y actuación propia y pasan a formar parte de un ‘conjunto homogéneo de usuarios y usuarias’. Una de las razones explicativas de este proceso radica en la escasez de personal en los centros,

<sup>76</sup> En este sentido el proyecto EDI se encuentra explotando en la actualidad la mencionada Encuesta EDI, sobre la que se mencionan algunos datos en este informe.

<sup>77</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

<sup>78</sup> FUNDACIÓN PILARES. *Papeles de la Fundación 8. El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores. Rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*, 2022, disponible en [https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES\\_8\\_Coleccion-FPilares.pdf](https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/09/PAPELES_8_Coleccion-FPilares.pdf)

lo que impide la dedicación de un tiempo suficientemente extenso y de calidad para cada uno de los mayores. En relación a esta cuestión, e incidiendo en lo señalado anteriormente, se apunta también la necesidad de formación adaptada a las nuevas construcciones sociales de atención a la vejez<sup>79</sup>. Así mismo se señalan los bajos niveles actuales de formación y cualificación de las personas que proveen cuidados así como las malas condiciones laborales que se les ofrecen, elementos que se retroalimentan en un espiral de desvalorización del sector.

*Te despersonalizan, una vez te llaman Mónica, otra vez Verónica, otra vez...Isabel. (...) Y de repente aquí me veo anulado todo el día. Y además que...Mira, aquí todo el mundo va a peor, esto no es un centro de rehabilitación, no es un hospital, no hay mentalidad de que la gente vaya mejor. Aquí es aguantarles, aguantarles, sobre todo en el proceso de deterioro de la edad o de la enfermedad. (EPM25-09.05UsuarioInstitución)*

*Si las personas cuidadoras no están bien se reproducen situaciones que sufren las personas mayores, y en muchos casos no es porque tenga intención la persona cuidadora sino por falta de conocimiento. (EPM2-23.02-TercerSector)*

En esta línea, y a falta de constatación a través de investigaciones sociológicas sistemáticas, se pueden señalar las numerosas críticas que en los últimos meses están apareciendo en los medios de comunicación en relación al trato recibido por las personas mayores en algunas residencias concretas<sup>80</sup>. En estos artículos se comentan, entre otras cuestiones, el escaso número de profesionales existentes, la medicalización excesiva de los y las residentes, la falta de relaciones sociales, la consideración de los años finales de la vida como un mero tiempo de espera a la muerte y la deficiente calidad de la comida. Esta última cuestión es señalada sistemáticamente por todas las personas usuarias entrevistadas de centros residenciales, y por sus familiares. Las críticas a la deficiente calidad se presentan unánimes, siendo que aquellas personas que tienen cierta movilidad deciden no comer en la residencia pagando las comidas de su propio bolsillo. En este sentido se señala también que, a pesar de la normativa restrictiva, se deja tener comida en las habitaciones de la residencia debido a que complementa la deficiencia previamente mencionada. Las problemáticas mencionadas aluden tanto a cuestiones de salud (anemias, deshidrataciones) como a la degradación del momento social que debería representar, siendo que en muchas ocasiones no se tiene el tiempo suficiente para comer ni para disfrutar convirtiéndose la actividad en pura ingesta de supervivencia. La consecución de un funcionamiento positivo de todos estos elementos es señalada por diversos estudios como puntos esenciales para un envejecimiento de calidad dentro de un contexto de autonomía individual<sup>81</sup>. Así, la Encuesta EDI señala que casi el 50% de residente no

<sup>79</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES). *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

<sup>80</sup> EL PAÍS, 6 de febrero 2023 ([https://elpais.com/espana/madrid/2023-02-06/la-hija-que-rescato-a-su-madre-de-una-residencia.html#?prm=copy\\_link](https://elpais.com/espana/madrid/2023-02-06/la-hija-que-rescato-a-su-madre-de-una-residencia.html#?prm=copy_link)); El País, 2 de marzo 2023 (<https://elpais.com/espana/madrid/2023-03-02/maria-residente-de-92-anos-en-un-hogar-de-mayores-de-madrid-si-a-mi-que-tengo-bien-la-cabeza-me-hacen-esto-que-no-haran-a-los-otros.html>)

<sup>81</sup> ZUNZUNEGUI, M<sup>a</sup> VICTORIA Y BÉLAND, FRANÇOIS, “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010”, *Gaceta sanitaria*, nº 24 (1), pp. 68-73, 2010, disponible en <https://www.gacetasanitaria.org/es-politicas-intersectoriales-abordar-el-reto-articulo-S0213911110002530>

pueden elegir nunca sus comidas y que casi el 60% de hombres señala que tampoco pueden elegir cuándo quieren comer (frente al casi 50% de las mujeres).

*Mira, yo creo que los mismos presos comen mejor, porque los presos pueden hacer un motín y decir ‘no queremos comer esta comida, hacemos huelga de hambre’, pero aquí es imposible que la gente se coordine. Es imposible, se basan en que no oponemos resistencia.* (EPM25-09.05UsuarioInstitución)

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

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

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

## 7.- Evolución de la situación

Las transformaciones acaecidas en torno a los modelos de cuidado y los modelos institucionalizadores han sido muy notorias en los últimos lustros. Se ha señalado en el documento el desarrollo cuantitativo del colectivo de población mayor, demostrando su aumento numérico en el tiempo desde variados enfoques (números totales, esperanza de vida, etc.). Además también se han analizado, de manera explícita o implícita, los cambios relativos a la conceptualización de los cuidados y el aumento de su presencia en la agenda política. Las transformaciones relativas a la idea de institucionalización y cultura institucional se han desarrollado unidas a todas las transformaciones previamente mencionadas.

En la actualidad se está produciendo un cambio de paradigma en relación a la atención y cuidados de la población mayor, construyéndose en torno a una idea denominada como modelo de atención centrada en las personas (AICP). Por el momento, sin embargo, la aplicación práctica de estos nuevos discursos sobre los modelos de cuidados está siendo limitada, ya que se produce en entornos muy concretos o se encuentra con frenos sistémicos que impiden su aplicación. En el futuro, por tanto, se deberán consolidar la aplicación de los programas innovadores actuales y generar un consenso social sólido respecto a estas cuestiones, con el objetivo de generar la construcción de derechos innegociables.

El envejecimiento de la población y las modificaciones en la socialización de las personas mayores hace inevitable la incorporación de nuevas alternativas y formas de aproximación a la atención y los cuidados. La idea de autonomía y vida digna para todos

los grupos etarios se amplifica y no parece que en el futuro vaya a existir una aceptación acrítica de la conculcación de derechos fundamentales para las personas mayores.

*De repente, ya no te digo tu generación, pero la mía, de repente no vamos a querer ir a una residencia donde nos digan a las 8 nos tenemos que levantar, o a las 7, y hoy vas a tener que comer esto y ahora vamos a ir a... A mí no me gustaría...(EPM33-14.06-Privada)*

La transformación de estos modelos de cuidado implica la necesidad de reflexionar sobre numerosas cuestiones ya que las herramientas y elementos existentes deben modificarse para adaptarse a las nuevas necesidades y demandas. Además de las cuestiones ya señaladas, se tendrán que incorporar reflexiones relativas a la vivienda, la tecnología o la relación con la mercantilización de esta actividad.

## 8.- Conclusiones y recomendaciones

La situación actual de institucionalización se asocia a numerosos elementos que se detectan en el sistema actual y que se considera deben ser transformados en pos de una mejora en relación a los derechos al cuidado. En esta sección se mencionarán estos elementos y se realizarán recomendaciones para su futura reflexión o aplicación.

En cuanto a las evidencias encontradas:

- la organización social de los cuidados no se conforma aún como una cuestión integral que abarque la propia concepción de las sociedades y las relaciones humanas, dentro de la cual los cuidados de las personas mayores no constituyan una cuestión fragmentada sino que ofrezcan especificidades dentro de este sistema más amplio.
- la atención en la actualidad, en términos generales, no se encuentra basada en las necesidades individualizadas de las personas. Así se generan situaciones homogeneizadoras que eliminan la capacidad de iniciativa y desdibujan proyectos vitales individuales.
- la feminización de los cuidados se presenta notoria, tanto en cuanto que las mujeres se conforman como receptoras de los mismos de manera mayoritaria como en cuanto a que constituyen las proveedoras de cuidados por excelencia
- la presencia de cuidadoras informales es muy alta y no se encuentran recursos necesarios para afrontar responsabilidades de atención tan intensas en su exigencia y en su mantenimiento en el tiempo.
- los servicios de apoyo a la vida en el domicilio (SAD, centros de día) no cumplen con los requisitos mínimos de cantidad e intensidad como para proporcionar una alternativa de vida.
- el aislamiento en relación al entorno de residencia y a la experiencia vital previa se conforma en una constante en las vidas de las personas mayores.
- la escasa coordinación entre ámbitos de política social genera deficiencias en la provisión de servicios y una baja eficiencia en la adscripción de recursos.
- la constatación de una escasa visión integral del sistema de cuidados en todos los sentidos: de ámbitos de coordinación, de integración de actores sociales y de consideración de las propias personas

- las numerosas diferencias en las prestaciones y condiciones de servicios entre las comunidades autónomas produce importantes desigualdades en el acceso a los derechos de cuidados.
- las diferencias regionales también repercuten en la enorme diversidad de prestaciones de las entidades privadas (que se desarrollan bajo normativas, condiciones e inspecciones muy diversas).
- los escasos datos existentes indican una insuficiencia de personal en los centros residenciales y, por ende, dificultades para cubrir los servicios con estándares de calidad.
- el tipo de formación que los profesionales reciben debería adaptarse a los nuevos valores de la relación cuidadores-personas cuidadas, es decir a formas de organizar la atención que sean menos asimétricas en su propio planeamiento.
- la deficiencia en algunos recursos es notoria, sobre todo en el caso de las comidas, pero también de la atención psicológica o en las actividades ofrecidas.
- la pandemia de Covid-19 tuvo un enorme impacto en las personas mayores, tanto en relación a las defunciones acaecidas como en el deterioro que algunas medidas tuvieron en el bienestar de las personas (aislamientos que llevaron a una desmejora física y mental).

Se recomienda, en consecuencia:

- producir, o consolidar, la visión global de los cuidados, a través de documentos de base de los cuidados.
- desarrollar políticas con una visión interseccional, es decir que tengan en cuenta la diversidad en todas sus formas, desde el ámbito de residencia (rural, urbano) hasta la edad, la orientación sexual o el origen étnico.
- flexibilizar el uso de los servicios para evitar la despersonalización y anomia (permitiendo, por ejemplo, la presencia de mascotas que hayan sido un referente afectivo para las personas).
- reconocer el derecho de los cuidadores a recibir apoyos, generando los recursos necesarios y teniéndolos en consideración en la ecuación de los cuidados.
- desarrollar una perspectiva de género, que como su propia concepción indica es transversal y debe reflexionar sobre el impacto de esta organización social en la vida de las mujeres.
- consolidar los programas residenciales, y de otro tipo de atención, abiertos a la sociedad y el entorno.
- replantear el espacio como un elemento fundamental del bienestar de las personas, tanto desde la perspectiva de reorganización de los centros residenciales como desde una visión más amplia del acceso a la vivienda y a la ciudad.
- mejorar el funcionamiento de los servicios institucionalizados requiere una coordinación de los servicios socio-sanitarios, ya que el colectivo de personas mayores suele necesitar el apoyo de varios ámbitos de manera conjunta y la confluencia en su funcionamiento facilitaría el éxito de los servicios prestados.
- consolidar los espacios de trabajo conjunto entre los distintos ámbitos de actuación en los programas y políticas de cuidados, así las administraciones públicas, el tercer sector, la esfera privada y las personas usuarias y sus familias pueden compartir conocimiento y experiencias.

- generar un mínimo de prestaciones y requisitos exigibles a las comunidades autónomas, con algún sistema de distribución de recursos que reconozca estas cuestiones.
- desarrollar un sistema de datos transparente y en profundidad, sólo así se podrá incidir en las variables más necesitadas de transformación y realizar una posterior evaluación de las situaciones que puedan exigir una completa institucionalización. El sistema debe incluir cuestiones institucionales (funcionamiento de los distintos elementos en las residencias, por ejemplo) e individuales (sensación de bienestar y calidad de vida de los y las usuarias).
- generar protocolos de actuación para situaciones excepcionales.
- impulsar políticas preventivas con el objetivo de prever situaciones evitables y conseguir una vejez saludable.