

Sociedades longevas *ante el reto de los cuidados de larga duración*

Revisión de literatura
científica y especializada

El Observatorio Social de la Fundación "la Caixa"
Abril 2021

AUTORAS DEL INFORME:

SACRAMENTO PINAZO HERNANDIS, Universidad de Valencia

CLARA COSTAS, KSNET

ELENA COSTAS PÉREZ, KSNET

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	4
Tener más personas mayores y más longevas implica un incremento de la necesidad de recursos variados y centrados en la persona	4
CAPÍTULO 1. Introducción a los cuidados de larga duración	8
En cuestión de longevidad, la rapidez con la que se suceden los avances médicos ha ganado ventaja a las políticas sociales.....	8
Cuanto mayor es la esperanza de vida de una sociedad, mayores son las necesidades de prestación de cuidados de larga duración	9
La coordinación entre sistemas.....	10
CAPÍTULO 2. Los cuidados de larga duración: costes, satisfacción y modelos	12
Los cuidados de larga duración, una necesidad creciente para cada vez más personas, durante más tiempo.....	12
Los costes de los cuidados de larga duración en España: un reto que requiere una mayor atención por parte de la sociedad.....	13
Cuidadora: género femenino y singular	14
Independientemente del entorno residencial en el que se reciben los cuidados, se aprecia un creciente interés por la satisfacción de la persona usuaria	15
Los diversos modelos de atención a la dependencia en Europa presentan regímenes reguladores diferenciados.....	15
CAPÍTULO 3. Los cuidados en el domicilio	17
Clara preferencia por seguir viviendo en casa durante el proceso de envejecimiento mientras sea posible.....	17
El grado de dependencia y la relación con la familia son determinantes para la definición del tipo de cuidados de larga duración prestados	18
El principal recurso: los cuidados no profesionales	18
Una serie de servicios favorecen la permanencia en el domicilio	22
La teleasistencia como fuente de seguridad para personas en situación de dependencia y sus familiares	22
Los centros de día o centros diurnos como facilitadores del mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas	23
La potencialidad de la telemedicina y las barreras que frenan aún su plena implantación	24
CAPÍTULO 4. Los cuidados en instituciones residenciales	25
Los equipamientos residenciales	25
La importancia de las relaciones sociales como elemento central para mantener un buen estado de ánimo y de salud.....	26
Tipos de equipamientos residenciales	26
CAPÍTULO 5. La soledad residencial y las nuevas opciones de convivencia	30
Nuevas opciones de convivencia por desarrollar.....	32
CONCLUSIONES	33
Sociedades longevas.....	33
Necesidad de cuidados de larga duración durante más tiempo	33
Diversos modelos de cuidados de larga duración, diferentes recursos según comunidades autónomas .	34
Falta de coordinación de servicios y niveles sociosanitarios.....	35
Ageing in place	35
La COVID-19	35
RETOS DE FUTURO EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	36
FICHA TÉCNICA. Metodología de selección de la literatura revisada	40
Revisión sistemática de la literatura y selección en base a criterio experto.....	40
Características de la evidencia encontrada	42
BIBLIOGRAFÍA	43
Referencias bibliográficas	43
Estudios identificados en la revisión sistemática	53
Estudios identificados en base a criterio experto	58
Informes	62

Resumen *ejecutivo*

Tener más personas mayores y más longevas implica un incremento de la necesidad de recursos variados y centrados en la persona

Ideas clave

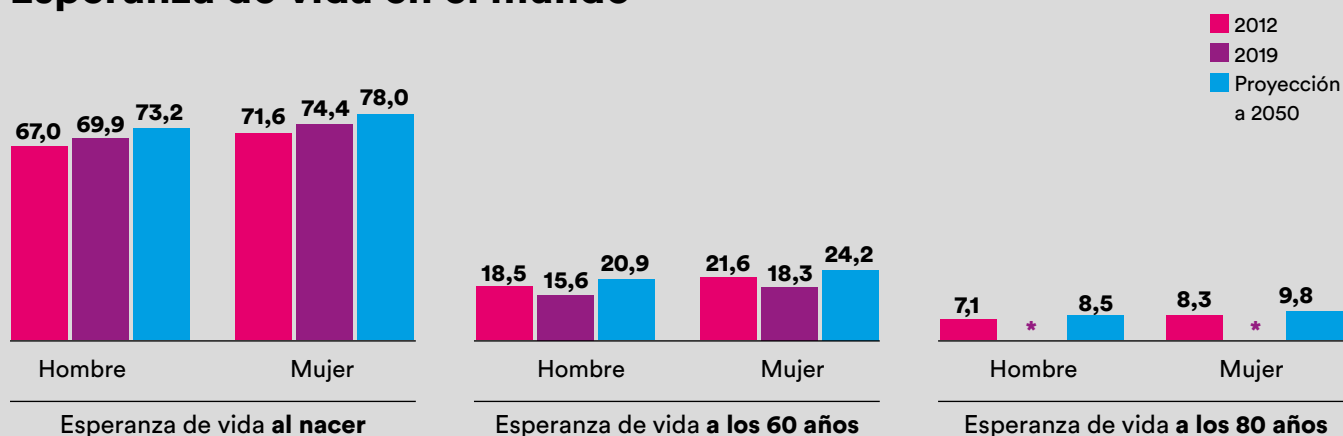


- 1** Los cuidados de larga duración son, según la Organización Mundial de la Salud, el sistema de acciones llevadas a cabo por cuidadores no formales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. El respeto a los derechos humanos debe estar siempre presente.
- 2** Los avances científicos en salud y tecnología y las mejoras de los modos de vida de la población europea han permitido extender la esperanza de vida hasta unos límites sin precedentes, hecho que supone un gran reto, no solo sanitario y social sino también en ámbitos como los cuidados, la vivienda, la economía y, sobre todo, las políticas públicas.
- 3** La COVID-19 ha tenido un gran impacto entre las personas más vulnerables y ha situado el tema de los cuidados a las personas mayores y en situación de dependencia en el epicentro del debate público. Especialmente, en relación al respeto que debería prestarse a los derechos y voluntades de todas las personas mayores, incluidas aquellas que se encuentran en los últimos momentos de vida y las que viven con algún tipo de deterioro cognitivo o físico severo y/o con altos niveles de dependencia. La integración de políticas públicas desde los distintos sectores alrededor de objetivos comunes es algo muy necesario pero a la vez muy complejo. Durante la pandemia por COVID-19 la necesidad de una coordinación entre los diferentes sistemas ha quedado manifiesta, pues una coordinación sociosanitaria ineficaz provoca mayor presión asistencial sanitaria, desatención y muertes en exceso.
- 4** El sistema sanitario y el sistema social son una parte necesaria del Estado de Bienestar, situados en un lugar central del modelo de protección. La adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria presenta claras oportunidades en la atención a las personas: por un lado, una mirada integral e integradora de las personas, en donde los servicios de atención y cuidados giran en torno a ellas y no al revés, y, por otro lado, la optimización de los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan cuidados de larga duración.

- 5 Los cuidados en el domicilio son servicios de apoyo para personas en situación de dependencia que desean seguir viviendo en su domicilio. Envejecer en su lugar es una preferencia que ha sido destacada siempre en la literatura científica por todas las personas que envejecen, incluidas aquellas que precisan de cuidados de larga duración.
- 6 En el catálogo de servicios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (art. 15) figuran diferentes recursos y servicios de prevención y atención a las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal: el Servicio de Teleasistencia, el Servicio de Ayuda a Domicilio, el Servicio de Centros de Día/Noche y el Servicio de Atención Residencial. Exceptuando la atención residencial, el resto de servicios están enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas que no se encuentran institucionalizadas, permitiendo alargar el periodo de vida en el hogar.

Indicadores de envejecimiento global:

Esperanza de vida en el mundo



*No hay datos disponibles para 2019.

Fuente: World Population Prospects (2019). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

EN EL MUNDO

En el mundo hay casi **703 millones** de personas mayores de 65 años y se espera que sean más de 997 millones en 2050.

La esperanza de vida aumenta en el mundo, como podemos observar en la tabla, donde aparecen datos de 2012, 2019 y las proyecciones a 2050. Podemos ver también claras diferencias por sexo, siendo las mujeres quienes tienen una esperanza de vida mayor. En los datos de 2019 esas diferencias son de casi 5 años de esperanza de vida al nacer. En el caso de las personas que ya tienen 60 años, su esperanza de vida en 2019 era de 15-18 años más y será de 20-24 años más en 2050.

EN ESPAÑA

En el caso de España, si en 2019 había 9.183.000 personas mayores de 65 años, se espera que aumente a 11.575.000 personas en 2030. **Si la tasa de dependencia (proporción existente entre la población dependiente y la activa) en 2019 era de 32,2, se espera que en 2030 sea del 43,2.**

Propuestas de actuación:



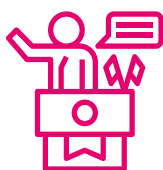
Derechos y papel social:

Se debe asegurar que **todas las personas puedan envejecer con dignidad**, seguridad, autonomía e intimidad. Existen numerosas evidencias sobre las muchas contribuciones que las personas mayores hacen a sus sociedades, pero las actitudes edadistas no solo invisibilizan las aportaciones que estas personas realizan, sino que además anulan el capital humano que suponen las personas mayores como agentes de cambio y de desarrollo económico y social.



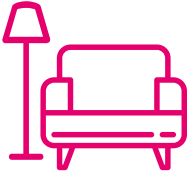
Los cuidados deben girar en torno a las personas y sus necesidades:

Los entornos físicos y sociales en los que vivimos también influyen en el envejecimiento saludable. **El cuidado a largo plazo es más que satisfacer las necesidades básicas**; se trata de preservar los derechos de las personas mayores, las libertades fundamentales y la dignidad humana. Para ello, las personas que cuidan (cuidados formales e informales) necesitan una formación y un apoyo adecuados. La responsabilidad del cuidado a largo plazo debe compartirse entre las familias, los gobiernos y otros sectores.



Políticas públicas:

El debate actual en torno al tema de los cuidados de larga duración destaca la necesidad de: a) una **revisión urgente del actual modelo de atención a personas** que precisan apoyos o cuidados para disfrutar de una vida plena; b) respuestas diversas, globales y ecosistémicas; c) una mayor financiación pública de los distintos servicios de apoyos y cuidados de larga duración, que actualmente es escasa y con muchas diferencias en las distintas comunidades autónomas; d) aumento de los medios disponibles para garantizar un cuidado adecuado en los diferentes lugares donde las personas desean vivir, y e) coordinación de los distintos agentes implicados en el cuidado (familias, servicios sociales, servicios de proximidad, ayuda a domicilio, atención primaria y especializada, hospitales, voluntariado y participación comunitaria).



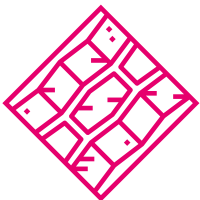
Envejecer en casa, retos y oportunidades:

Las personas prefieren envejecer en su hogar con **calidad de vida**, pero algunas precisan de cuidados específicos y continuados que deben darse en entornos residenciales. Se debe aumentar el número y variedad de recursos de atención en el domicilio y debe haber una normativa común de exigencias en los cuidados residenciales a nivel estatal. La atención a la dependencia debe ir orientada a mejorar la calidad de vida de las personas. La atención a las situaciones de dependencia es fuente de desarrollo económico y de generación de empleo.



La red de los cuidados:

Es necesaria una **coordinación sociosanitaria de los cuidados** para optimizar recursos y atender a las personas de modo integral. Hemos de hablar de cuidados sociosanitarios y eso implica unos cuidados de salud física, cognitiva, emocional y social.



Un mosaico de necesidades:

El grupo de población que componen las personas mayores de 65 años **no es un grupo homogéneo sobre el que diseñar e implementar políticas genéricas**. Representa una diversidad tan grande como cualquier otro grupo social, con intereses particulares y específicos. Además, es necesaria una mirada de género a los cuidados y al envejecimiento, pues hay más mujeres cuidadoras y más mujeres mayores en situación de fragilidad y vulnerabilidad social.

Capítulo 1

Introducción a los *cuidados de larga duración*



En cuestión de longevidad, la rapidez con la que se suceden los avances médicos ha ganado ventaja a las políticas sociales



Una de las características que pueden definir las sociedades actuales es que son cada vez más longevas. Hemos ganado años a la vida y esto supone en muchas ocasiones la aparición de enfermedades crónicas, discapacidad, pérdida de autonomía y situaciones de dependencia relacionadas con la edad. La vulnerabilidad es algo intrínseco a la vida humana. Una cosa es la esperanza de vida y otra diferente es la esperanza de vida saludable. Los avances biotecnológicos han permitido extender la esperanza de vida hasta unos límites sin precedentes (83,3 años en España). Este hecho, pese a suponer un éxito indiscutible, plantea a su vez uno de los mayores retos para los países desarrollados (y, especialmente, para las políticas públicas), que es conseguir reflejar este avance médico en la calidad de vida de las personas mayores.

El envejecimiento de la población supone un desafío sin precedentes para los países de todo el mundo. Afecta a todos los ámbitos y no solo al de los cuidados sanitarios o sociales, pues tiene consecuencias económicas, laborales, etc., que serán cada vez mayores. Se estima que en España en 2050 habrá 16 millones de personas mayores de 65 años, lo que supondrá un 33 % de la población total.

Hoy más que nunca, esta cuestión se encuentra en el foco del debate público tras el impacto que ha tenido la COVID-19 entre las personas mayores a nivel internacional, especialmente entre aquellas más vulnerables. Las mayores tasas de afectación y mortalidad, que cuadruplican los índices generales, y, sobretodo, las dificultades en el manejo de la situación, han puesto sobre la mesa las implicaciones sociales de esta crisis sanitaria. Especialmente, en relación al respeto que debería prestarse a los derechos y voluntades de las personas mayores, también en la última etapa de vida y cuando viven con algún tipo de deterioro cognitivo o físico severo y altos niveles de dependencia.

Cuanto mayor es la esperanza de vida de una sociedad, mayores son las necesidades de prestación de cuidados de larga duración



La generación que llega actualmente a la edad de jubilación, conocida como los *baby-boomers*, debido a la explosión demográfica que supusieron, es la generación más numerosa que nunca ha habido y con un nivel educativo y socioeconómico notablemente superior al de las generaciones que los precedieron. Esto plantea inevitablemente la adaptación de los recursos existentes a sus nuevas necesidades e intereses (Vitorino *et al.*, 2013), porque, aunque el alargamiento de la esperanza de vida se ha dado de forma paralela a la mejor salud con la que las personas llegan a la vejez, ha aumentado también el número de años que una persona puede vivir en situación de dependencia debido a la morbilidad (Pearlin & Zarit, 1993; Rogero, 2010).

Las personas que llegan actualmente a la edad de jubilación pueden aspirar a vivir con buena salud la mitad de los años que les restan de vida, pero conforme la edad aumenta se incrementa el riesgo de sufrir dependencia y la extensión del tiempo en que un adulto mayor podrá precisar de cuidados de larga duración (en adelante, CLD).

Esta realidad pone en jaque a los sistemas de prestación de servicios a las situaciones de dependencia, y sitúa los CLD en primera línea del debate público. A lo largo de este estudio nos referimos a los CLD que afectan únicamente a las personas mayores. Los cuidados de larga duración son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de acciones llevadas a cabo por cuidadores no formales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. El respeto a los derechos humanos debe estar siempre presente.

Varios factores influyen en el uso e incluso en la intención de uso de los CLD: variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo y económico, entorno geográfico), nivel funcional y necesidades de apoyo, oferta de recursos y servicios de proximidad, disponibilidad de cuidado informal, programas de autocuidado disponibles, y estilo de vida.

El objetivo de este informe es realizar una descripción en base a la revisión sistemática de la literatura de los diferentes modelos de provisión de CLD dirigidos a las personas mayores (en este caso, de 65 años o más) que permita obtener una fotografía de los principales recursos existentes a partir del lugar en el que se llevan a cabo.

Un análisis comparativo internacional de los diferentes modelos de CLD es tarea imposible, dado que los distintos países tienen variados regímenes de prestación de servicios, distintos índices de cobertura público-privada, ofrecen un catálogo de servicios que varía mucho de unos a otros e incluso la nomenclatura y la normativa son muy diferentes. Podemos ver algunos patrones en algunos países en lo que respecta al gasto público (países del Norte de Europa, países de Europa Central, Países de Europa Mediterránea, países de Europa del Este) y un giro de todos ellos desde el cuidado institucional a un cuidado domiciliario, así como una apuesta mayor o menor por la innovación. La inversión del PIB y la cobertura en los distintos países varían mucho, desde grandes inversiones en países como Dinamarca hasta menores inversiones en Polonia. También podemos centrar nuestra mirada en el intercambio de apoyo o la solidaridad intergeneracional, observando un mayor peso de la familia como proveedora de ayuda en los países del sur de Europa. Las políticas de gobernanza actúan a diversos niveles. En España, la normativa que rige los CLD y el presupuesto asignado a los mismos varía a nivel de comunidad autónoma o municipio. Por tanto, en este informe pondremos algunos ejemplos sin pretender ser exhaustivos. En algunos sistemas de CLD los servicios de salud y los sociales van unidos, y en otros, como en España, separados.

La coordinación entre sistemas

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con enfermedades crónicas asociado a la edad, junto con los cambios en el entorno familiar y laboral, han hecho aumentar la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios con los servicios sociales. La idea es que los servicios giren en torno a las personas con una visión integral. La atención sociosanitaria nace de la demanda de atención de las personas a lo largo del ciclo vital, tengan o no situaciones de dependencia, y no solo para atender a las enfermedades agudas o crónicas, sino sobre todo para prevenir, cuidar y recuperar. A veces, algunos problemas que pueden considerarse sociales en su inicio terminan siendo problemas de salud a medio o largo plazo, como, por ejemplo, la soledad.

En España, la necesidad de una adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales ha sido objeto de muchos estudios nacionales y autonómicos. El primero de ellos fue la Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril), que fue seguido por el Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. En la propia Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se establece el principio de colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a las personas. El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España también habló de esta necesidad.

Pero, pese a todos estos análisis, comités y reflexiones, poco se ha avanzado, pese a la necesidad manifestada por los profesionales en tantos y diferentes foros. Cabe citar aquí algunas iniciativas, como la Estrategia de Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012, el Documento de Coordinación y Atención Sociosanitaria del Consejo Asesor de Sanidad de 2013, el Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria de 2015, y la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas de 2016. Algunas de estas estrategias se han quedado en su primera versión de «borrador», y algunas no han sido aprobadas o no ha habido presupuesto para ponerlas en marcha. Algunas otras estrategias han sido desarrolladas por comunidades autónomas con más o menos éxito.



La integración de políticas públicas de distintos sectores alrededor de objetivos comunes es tan necesaria como compleja. Durante la pandemia por COVID-19 la necesidad de una coordinación entre diferentes sistemas ha quedado manifiesta. Una coordinación sociosanitaria ineficaz provoca una mayor presión asistencial sanitaria.

Según el Informe publicado por el CSIC (Del Pino *et al.*, 2020), «la (des)coordinación intersectorial en muchos lugares del territorio nacional ha demostrado ser una de las claves explicativas de la magnitud alcanzada por esta crisis, tanto en el ámbito político-administrativo (ministerios y consejerías) como en el organizativo (residencias y centros sanitarios)».

El sistema sanitario y el sistema social son una parte necesaria del Estado de Bienestar, situada en el epicentro del modelo de protección. La adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria representa claras oportunidades en la atención a las personas que sintetizaremos en dos: una mirada integral e integradora de las personas en donde los servicios de atención y cuidados giren en torno a ellas (y no al revés) y la optimización de los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan CLD.

La integración de políticas públicas de distintos sectores alrededor de objetivos comunes es tan necesaria como compleja. Una coordinación sociosanitaria ineficaz provoca una mayor presión asistencial sanitaria

Capítulo 2

Los cuidados de larga duración: *costes, satisfacción y modelos*



Los cuidados de larga duración, una necesidad creciente para cada vez más personas, durante más tiempo



Más allá de la diversidad de significados que pueden encontrarse bajo cada uno de los conceptos del universo de los CLD, una realidad se hace presente: cada vez hay más personas que van a necesitarlos, y durante más tiempo. En un contexto de sociedades cada vez más longevas y con tasas de natalidad bajas, el mantenimiento y la ampliación de los CLD constituyen a la vez una necesidad y un reto crecientes (Brainard *et al.*, 2020). Urge innovar, para crear nuevos y diversos servicios y recursos.

Aunque en general han crecido las coberturas asistenciales de atención y se detecta un interés y un esfuerzo mayores a lo largo de los últimos años en realizar un giro hacia el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (MAICP), también se observa una preocupación creciente por no poder sostener el coste que supone el mantenimiento de la calidad de vida de las personas mayores (Rodríguez, 2004; Codorniu, 2007; Sáez *et al.*, 2008).

El Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona pone el eje de los cuidados en la persona. Frente a una fragmentación de servicios, aboga por una integralidad. Es necesario conocer las necesidades y preferencias de las personas para poder ofrecer los servicios más adecuados, que, además, pueden ser cambiantes en el tiempo.

Los costes de los cuidados de larga duración en España: un reto que requiere una mayor atención por parte de la sociedad



El análisis de los modelos de CLD no puede ser ajeno a sus costes y las vías para financiarlos. El aumento de la longevidad de la población conlleva un crecimiento del gasto público asociados a las enfermedades crónicas, las situaciones de dependencia y los cuidados. Un ejemplo de ello es la implantación y desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que nació con el objetivo de ampliar y mejorar el sistema de protección social en la atención a las personas en situación de dependencia. En sus inicios, se estimó que comportaría un incremento del gasto social importante, de entre medio y un punto del PIB, situándolo alrededor del 1 % (Codorniu, 2007).

No obstante, con datos de la OCDE (Health Statistics), en 2017 el coste de los servicios y prestaciones que recibieron las personas en situación de dependencia de España rondó el 0,7 % del PIB, valor que supone menos de la mitad de la media de los países de la OCDE (1,7 %). Por otro lado, el Ministerio de Economía y Empresa prevé que los gastos en CLD aumentarán en 1,3 puntos porcentuales en los próximos 50 años, llegando a representar más de un 2 % del PIB nacional. Se trata de un gasto que es todavía bajo, y más aun teniendo en cuenta que, en España, los CLD son principalmente brindados por parte de las familias a través de cuidados no formales, y el valor de estos cuidados no se incluye al calcular el gasto público destinado a la atención a las personas mayores.

Cabe destacar que, pese al cambio de perspectiva en el abordamiento de la cuestión que se dio con la creación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que supuso en su momento un hito en términos de cobertura de necesidades, las restricciones presupuestarias derivadas de la crisis económica del 2010 han incidido en el retraso de las etapas en las que estaba previsto su despliegue. El recorte drástico del gasto público (especialmente a partir del RD 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad) ha tenido repercusiones de carácter limitativo que condicionan y condicionarán la aplicación de la Ley (Ortega, 2013). La crisis sanitaria y social de 2020 por la COVID-19 ha puesto sobre la mesa todas estas carencias tan denunciadas y la fragilidad del modelo de cuidados.

En 2017 el coste de los servicios y prestaciones que recibieron las personas en situación de dependencia de España rondó el 0,7 % del PIB, valor que supone menos de la mitad de la media de los países de la OCDE (1,7 %)

Cuidadora: género femenino y singular



Pese a la diversidad en la intensidad del gasto social, el abanico de recursos existentes es bastante similar entre países, apreciándose también cómo, a nivel internacional, tanto las personas en situación de dependencia como las personas cuidadas (entendido en su sentido más amplio, equivalente al concepto *care* anglosajón) son mayoritariamente mujeres. Dos terceras partes de las personas que reciben los CLD son mujeres, debido a que estas presentan una mayor esperanza de vida y a menudo más años en situación de dependencia, pues todos los años de vida no son libres de discapacidad.¹

Cualquiera que sea el modelo analizado, ya sea en el marco del hogar (cuidados formales o informales) o institucionalizado, son mayoritariamente las mujeres quienes desempeñan estas tareas (Kramer & Kipnis, 1995). Y, además, a menudo son cuidadoras únicas. Los datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que analiza mensualmente los datos de solicitudes, beneficiarios y prestaciones, informan de un 89 % de cuidadoras no profesionales mujeres (53.000 personas, según los datos de octubre de 2020).

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE, sólo el 5 % de los cuidadores son hombres. Cabe tener en cuenta, no obstante, que la EPA únicamente muestra la punta del iceberg del bienestar, que son los cuidados profesionales, quedando bajo la superficie el grueso de los cuidados a personas en situación de dependencia, que son de carácter no remunerado (Rogeró, 2010). Según el Ministerio de Sanidad e Igualdad, tres cuartas partes de los cuidadores principales son mujeres, existiendo también un notable sesgo en cuestión de origen y clase social (Razavi, 2007).

No entraremos aquí a definir qué significa cuidar en profundidad, pues sería demasiado extenso, pero sí diremos que el cuidado implica una relación con el otro en donde debe tenerse en cuenta los deseos y necesidades del receptor como guía de acción. La persona es sujeto de los cuidados, y esto es importante remarcarlo, pues supone respetar al otro como interlocutor, persona con dignidad y derechos, ofreciendo siempre un buen trato desde una ética del cuidado. El cuidado comienza con un reconocer las necesidades del otro (*caring about*), asumir la responsabilidad del cuidado (*caring for*) y realizar los cuidados (*care giving*). Y este cuidado tiene diferentes dimensiones: personal, social y política.

Cuidar significa proporcionar ayuda y apoyos a quien lo necesita, teniendo en cuenta lo que es significativo para las personas, su historia de vida, aplicar los conocimientos profesionales y/o técnicos necesarios, acompañar, orientar, facilitar, tomar decisiones, y también utilizar la tecnología para mejorar la calidad de vida.

Pero ¿podrán las máquinas sustituir al cuidado humano? En un mundo tecnológico como el actual, el uso de las TIC, el Internet de las Cosas (IoT), los *wearables* y la robótica en los cuidados está aumentando día a día. Robots asistenciales, cuidadores, e incluso robots para paliar la soledad. Robots para mantenerse en contacto con la familia, que controlan la salud, que conectan con el servicio de emergencias si se activan las alarmas. Robots mecánicos, asistentes en cirugía robótica, robots con apariencia de animales o de humanos... toda una industria creciente alrededor de los cuidados.

Pero para que la tecnología sea universal, aceptable y accesible para todos, debe diseñarse pensando en las personas que la van a utilizar (Poveda *et al.*, 2019), formarlas atendiendo a sus ritmos y plantear las nuevas herramientas en función de las competencias digitales.

¹ Según datos del SAAD de octubre de 2020, el 65 % de las personas beneficiarias de una prestación por situación de dependencia son mujeres, llegando a suponer el 73 % entre las personas de más de 65 años.

Independientemente del entorno residencial en el que se reciben los cuidados, se aprecia un creciente interés por la satisfacción de la persona usuaria



Atendiendo, pues, al criterio residencial, pueden distinguirse dos grandes modelos de prestación de servicios de CLD, que serán ampliados en los próximos capítulos. En primer lugar, se encuentran los cuidados domiciliarios, que pueden correr a cargo de un familiar de la persona que los precisa (denominado «cuidador informal» o «cuidador no formal») o de un trabajador especializado («cuidador formal» o «cuidador profesional», con una prestación de servicios pública o privada). En segundo lugar, se encuentran los cuidados prestados en entornos institucionalizados, tales como residencias, centros sociosanitarios de media o larga estancia y viviendas o apartamentos tutelados.

En general, a partir de la literatura analizada no puede determinarse que ninguno de estos modelos sea, *per se*, mejor que el resto, sino que dependen de las necesidades y las condiciones específicas de cada situación concreta y de cada persona. Además, esto puede ser cambiante y variable en el tiempo. Lo importante es la complementariedad de los recursos y servicios. En este sentido, cabe destacar que el eje del debate social y político en los últimos años se centra cada vez más en el grado de satisfacción de la persona que utiliza los servicios, observándose un aumento de las investigaciones o los estudios centrados en los aspectos que influyen en el estado emocional de las personas, como por ejemplo la cantidad (y, especialmente, calidad) de las relaciones sociales significativas de las personas o la ausencia de estas, que comporta la vivencia de una soledad no deseada o el aislamiento social. De hecho, una mayor disposición de redes de apoyo (personas con quienes contar, con las que relacionarse) y redes sociales en general se asocia con una menor probabilidad de ingreso en un centro residencial (Giles *et al.*, 2007) y con un mejor estado de salud (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Los diversos modelos de atención a la dependencia en Europa presentan regímenes reguladores diferenciados



En cuanto a la regulación del sector, la supervisión de la atención residencial en Europa es débil, pudiéndose identificar tres regímenes reguladores diferentes: los países nórdicos presentan un enfoque autorregulador; en Europa central, el Reino Unido e Irlanda se sigue una regulación directa que establece lo que está permitido y lo que es ilegal, y, finalmente, los países mediterráneos y de Europa del Este. Abriendo el foco de análisis, puede apreciarse cómo es posible que la regulación de cada región derive simplemente de la organización de servicios de CLD en cada país en particular. Así, el uso de la autorregulación en los países escandinavos está más ampliamente asociado con la filosofía del estado del bienestar, mientras que la regulación en Reino Unido e Irlanda, por su naturaleza, se centra en asegurar la calidad más que en mejorarla, metodología más utilizada en países con servicios altamente privatizados (O'Dwyer, 2015).

Ahondando en el modelo mediterráneo, Italia y España se caracterizan por presentar un nivel relativamente alto de demanda de CLD, un esfuerzo público relativamente bajo en términos de servicios de atención formal y un nivel considerable de prestación de atención informal (sobre todo a través de las familias), apreciándose

una reorganización del sistema de CLD a través de una «descentralización» de las funciones de atención social, pasando estas de la escala nacional al nivel regional/local (menos fragmentado en Italia que en España).

En España la financiación se basa principalmente en ingresos impositivos, pero también en algunos casos, en tasas y copagos. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia determina que las personas que sean declaradas «dependientes» y aquellas a quienes se conceda un grado (I, II o III)² podrán recibir (art. 14) o bien directamente servicios (prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados) o, de no ser posible la atención mediante un servicio, se podrá recibir una prestación económica, de carácter periódico. Esta prestación está vinculada a la adquisición de un servicio acreditado por la Administración (adecuado para las necesidades de la persona beneficiaria), y solo con carácter excepcional la Ley prevé la percepción de una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales (principalmente, familiares de la persona dependiente); no obstante, en el siguiente capítulo se valorará este carácter de excepcionalidad.

Aunque la regulación de estas medidas recae en los gobiernos regionales, y la provisión, en las autoridades locales, así como en proveedores privados –mayormente entidades sin ánimo de lucro–, cabe enfatizar de nuevo que la mayor parte de los CLD son llevados a cabo por las familias (especialmente por las mujeres) y, por tanto, son ajenos a la regulación y presentan una gran dependencia de los trabajadores migrantes (contratados mayormente de forma privada por las familias de personas mayores en situación de dependencia), suponiendo estos aproximadamente el 80 % de todos los asistentes domésticos contratados en forma privada en Italia y el 60 % en España (Casanova *et al.*, 2017; Barocca & Pinazo-Hernandis, 2013). Así, resulta significativo observar el número de trabajadores del sector de CLD con bajo nivel formativo, que es del 15 % en Alemania y del 18 % en Austria o Reino Unido, pero sin embargo es del 33 % en Dinamarca, del 39 % en España y del 46 % en Italia (León *et al.*, 2016).

2

Según reconoce la Ley (art. 2.2), es *persona en situación de dependencia* aquella que se encuentra en una situación permanente que le impide llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y por consiguiente precisa ayuda importante de otra u otras personas para realizarlas, estableciéndose tres grados de dependencia (art. 26): grado I: dependencia moderada. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día; grado II: dependencia severa. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requieren el apoyo permanente de un cuidador; grado III: gran dependencia. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que, por su pérdida total de autonomía, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona. Este es el «gran dependiente».

La mayor parte de los CLD son llevados a cabo por las familias (especialmente por las mujeres) y, por tanto, son ajenos a la regulación y presentan una gran dependencia de los trabajadores migrantes (contratados mayormente de forma privada por las familias de personas mayores en situación de dependencia)

Capítulo 3

Los cuidados en el *domicilio*



Clara preferencia por seguir viviendo en casa durante el proceso de envejecimiento mientras sea posible



Los cuidados en el domicilio (*home care* o atención domiciliaria) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas en situación de dependencia que desean seguir viviendo en su domicilio (*ageing in place*), y son la preferencia destacada en la literatura científica de las personas que precisan de CLD. Bajo este paraguas se encuentran desde servicios de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), cuidados personales y otras tareas domésticas, hasta cuidados profesionales de alta cualificación.

A efectos económicos, la permanencia de la persona en su domicilio comporta un ahorro estatal respecto al ingreso en un centro residencial con plazas públicas (Chappell *et al.*, 2004). Esto se explica por distintos factores, entre los que se encuentran los costes salariales y el grado de cobertura (Zalakain, 2017).

En el modelo español, las prestaciones pueden dirigirse a compensar económicamente a los cuidadores informales o a proveer de un servicio de CLD llevado a cabo por un profesional. Los servicios de apoyo a las situaciones de dependencia en el domicilio se fundamentan en la atención a personas que necesitan una asistencia continuada para la realización de diversas ABVD, tales como vestirse, lavarse, la limpieza del domicilio, el apoyo para la realización de las compras de alimentos o medicamentos, o el acompañamiento en otras salidas domiciliarias. En este sentido, el crecimiento constante del número de CLD (ya sean formales o informales) comporta necesariamente una mayor coordinación de los servicios sociales y sanitarios (Low *et al.*, 2011).

Dejando a un lado la atención sanitaria, la atención a domicilio puede ser prestada por un profesional de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) público o privado, o por un cuidador no formal (o varios) contratado por la familia, o directamente por uno o varios familiares que ejercen de cuidadores no profesionales.

El grado de dependencia y la relación con la familia son determinantes para la definición del tipo de cuidados de larga duración prestados



Otro eje relevante de análisis que aparece en la literatura consultada es la existencia de situaciones de dependencia reconocida, pudiendo ser moderada (grado I), severa (grado II) o gran dependencia (grado III). Según aparece descrito en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, a medida que aumenta la dependencia, se incrementa la cantidad de servicios de CLD formales e informales precisados. En este sentido, cabe observar el peso del nivel económico o de un entorno familiar cercano. En el caso de que un familiar cuidador pueda hacerse cargo del cuidado, aumenta la atención informal mientras que si se dispone de medios económicos suficientes, aumenta la atención formal y es menos frecuente la presencia de un cuidador familiar único.

Los determinantes socioculturales (y económicos) tienen una gran influencia también en la elección de uno u otro modelo de cuidados, mostrándose claras diferencias en las preferencias de la población europea. Así, se detecta un uso más frecuente de atención únicamente informal entre los adultos mayores con limitaciones funcionales de los países mediterráneos, la República Checa y Alemania (Eichler & Pfau-Effinger, 2009), pudiéndose entender por el fuerte peso de la familia en estas sociedades, que conlleva una elevada percepción de las responsabilidades familiares. El mecanismo de compensación que se produce cuando los padres llegan a la vejez y los hijos devuelven los cuidados recibidos años atrás (Pinazo-Hernandis, 2005) se ve, de hecho, reflejado también en las legislaciones y comporta ciertas limitaciones al acceso a servicios formales de CLD (Lillo-Crespo & Riquelme, 2018; Suanet *et al.*, 2012).

El principal recurso: los cuidados no profesionales



En general, cuando se analizan las políticas de atención a las situaciones de dependencia y CLD a partir del «diamante de cuidados» que definió Razavi (2007), y que analiza el rol de la familia, el Estado, el mercado y el tercer sector en la provisión de estos servicios, se aprecia de forma generalizada cómo la mayor carga en el desempeño de cuidados recae en la familia, pero cabe destacar que los cuidadores no profesionales juegan un importante rol en la elección del tipo de servicios asignados a la persona en situación de dependencia (Hunter & MacPherson, 1993).

En España, el cuidado informal ostenta un papel importante en la Ley de Dependencia, dado que el 80 % de las personas en situación de dependencia recibe atención informal junto a la prestación de dependencia. La edad, el estado civil (casado), el lugar de residencia, ciertas variables de salud (presencia de enfermedades circulatorias, respiratorias o musculoesqueléticas) incrementan la probabilidad de recibir cuidado informal (Del Pozo & Sotos, 2012).

En esta línea, y partiendo de la observación del mercado laboral, un dato significativo que permite realizar una aproximación al tipo de CLD que se prestan en los diversos países es el peso que tienen los trabajadores del servicio doméstico, ya que en su mayor parte se dedican a la atención a las personas mayores y a las situaciones de dependencia (aunque no exclusivamente, pues trabajan también en los ámbitos de la infancia y familia o discapacidad).

Así, si se pone en relación el porcentaje de población ocupada en el ámbito de los servicios sociales residenciales, los servicios sociales no residenciales y el servicio doméstico, puede observarse cómo en los países del norte de Europa, junto con Holanda y Francia, un 8-12 % del total de la población ocupada trabaja en el sector de los servicios sociales, situándose la media europea en torno al 5 % (y en España, al 3 %). No obstante, lo más destacable es el peso que adquieren los trabajadores del servicio doméstico, que mientras son prácticamente residuales en los países nórdicos, y suponen solamente un 1 % en la media europea, en España e Italia son superiores al volumen de trabajadores de los servicios sociales. En los países mediterráneos, más del 50 % de la fuerza de trabajo del sector de los CLD lo componen trabajadores del servicio doméstico (Zalakain, 2017).

A partir del peso que cobra cada uno de los agentes (familia, Estado, empresas, tercer sector) en la provisión de CLD, pueden apreciarse tres tipos de sistemas de intervención: compartido, semicompartido y no compartido (Rogeró, 2010). Gracias al desarrollo de los estados del bienestar a lo largo de la segunda mitad del siglo xx, la mayor parte de países europeos gozan de un sistema compartido, aunque las divergencias políticas existentes no permiten estandarizar los modelos de CLD en la UE, apreciándose, como se ha visto, diferencias notables.

Poniendo el foco en España, pese a que la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia solo observa la percepción de una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales como una medida excepcional, la realidad es que la mayor parte de prestaciones en el ámbito de los CLD se traducen en ayudas para las familias como cuidadores informales o para el pago a otros cuidadores externos, más que la asignación de servicios concretos. Con datos del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) de 31 octubre de 2020, 1.116.561 personas eran beneficiarias de una prestación de dependencia. El grueso de las personas beneficiarias tiene más de 80 años (53,7 %), seguidas por las personas de entre 65 y 79 años (18,1 %). Esto supone que casi el 75 % de las personas en situación de dependencia tiene 65 o más años. Este Sistema de Atención a la Dependencia está dotado con un presupuesto de 9.500 millones de euros de los cuales un 58 % son prestaciones económicas.

En general, cada persona beneficiaria de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia recibe una media de 1,27 prestaciones, registrándose un total de 1.416.730 prestaciones, que se reparten de la siguiente manera: el 31,5 % goza de una prestación económica por cuidados familiares (PECEF); el 17,74 %, del servicio de teleasistencia; el 17,65 %, del servicio de ayuda a domicilio; el 11,02 %, de atención residencial; el 10,84 %, de una prestación económica vinculada al servicio; el 6,36 % asiste a centros de día/noche; el 4,33 % recibe servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, y un residual 0,56 % goza de una prestación económica de asistencia personal.

Así, los datos del SAAD contradicen el espíritu de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que era la

promoción de la autonomía personal, evidenciando cómo el principal mecanismo de atención a la dependencia en España es precisamente la prestación económica a los cuidadores informales. De todos modos, cabría analizar hasta qué punto las medidas actuales suponen un verdadero apoyo a estos cuidadores y en qué medida les convierten en beneficiarios directos.

No obstante, en una sociedad cada vez más envejecida, con menores tasas de natalidad, reducción de los núcleos familiares (que tienden hacia los hogares unipersonales), con familias cada vez más distantes debido al incremento de los flujos familiares y donde la incorporación de la mujer al mundo laboral es mayor, la prestación de servicios domiciliarios informales por parte de familiares será necesariamente cada vez más residual (Codorniu, 2007) y puede comportar un aumento del uso de los servicios formales (Miralles & Rey, 2015). Y esto es especialmente importante tenerlo en cuenta ante el reto demográfico que suponen unas sociedades cada vez más longevas. Debe recordarse que la composición y el tamaño de la red social de las personas mayores están relacionados con la edad: a medida que la edad aumenta, el número de potenciales cuidadores de la red social se reduce (Rogerero, 2009).

En una sociedad cada vez más envejecida, con menores tasas de natalidad, reducción de los núcleos familiares, con familias cada vez más distantes y donde la incorporación de la mujer al mundo laboral es mayor, la prestación de servicios domiciliarios informales por parte de familiares será necesariamente cada vez más residual y puede comportar un aumento del uso de los servicios formales

Esta tendencia al aumento de los cuidados formales en detrimento de los no profesionales se registra ya en los países del centro y norte de Europa. Algunos estudios atribuyen las causas a la debilitación de los lazos de solidaridad informal (posiblemente derivados de los procesos demográficos anteriormente comentados) y a la mayor facilidad de acceso a cuidados formales en el domicilio que tienen esos países (Swinkels *et al.*, 2016).

La prestación de CLD formales en domicilio puede ser de carácter público (conocida como SAD) o privado, incrementándose la probabilidad de recibir CLD desde el ámbito público si, como se ha visto con anterioridad, la persona en situación de dependencia está casada, ya que la pareja actúa como conector con los Servicios Sociales (Del Pozo & Sotos, 2012; Rogerero, 2009). La provisión de los cuidados por parte de los profesionales de los Servicios Sociales se centra en constituir un apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y las compras. Los servicios de CLD domiciliarios se completan con la asistencia sanitaria que puede ser prestada por los equipos de atención primaria o por los hospitales, en función de cuál sea el servicio requerido (desde fisioterapia hasta seguimiento con máquinas como en hemodiálisis, por ejemplo).

En este campo, uno de los factores que más influyen en la satisfacción de las personas depende del modelo de atención primaria prestado, pudiendo ser este integrado (donde médico y profesional de enfermería realizan visitas domiciliarias y se apoyan en programas orientados a las personas y sus grupos familiares) en las unidades de hospitalización a domicilio (donde algunos de los profesionales del equipo de salud se encargan de la atención en los hogares de las personas, tanto a demanda como programada).

Este segundo modelo registra una mayor percepción de calidad del servicio, en gran parte debido a que comporta un mayor número de horas que el profesional de la salud dedica por paciente y se asocia a un menor porcentaje de ingresos hospitalarios (Gorina *et al.*, 2014). De hecho, a partir de una revisión sistemática de los programas de atención primaria a domicilio realizada en EE.UU., se puede apreciar cómo la creación de un vínculo entre los adultos mayores y los prestadores de servicios de atención primaria comporta una notable reducción de las visitas hospitalarias, una mejora en la detección de síndromes asociados a la edad, una mejora de la calidad de vida de paciente y cuidador y un aumento de la participación en las tomas de decisiones relativas a la atención al final de la vida (Stall *et al.*, 2014).

En esta línea, un aspecto poco desarrollado en la literatura científica es el análisis del modelo de dispensación de servicios sociales y sanitarios sectorizado, en los cuales el distrito, barrio o zona de salud determinada se divide en zonas geográficas con el fin de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento de los profesionales que atienden a las personas de esa área de salud en concreto. Por ejemplo, partiendo de estrategias de gestión propias del sistema privado, una organización no lucrativa implantó un sistema de «cuidados de vecindario» o «cuidados de barrio» (*Buurtzorg*, en holandés) que permitió establecer equipos relativamente autónomos de 10-12 profesionales que proporcionaban cuidados médicos y apoyo domiciliario a un conjunto estable de personas que habitaban en un mismo vecindario. Este cambio permitió una relación más frecuente entre profesional y persona que recibe los servicios (Cohu *et al.*, 2006), un mayor tiempo de atención que puede dedicar el profesional (Van der Boom, 2008), y, consiguientemente, un mayor compromiso de los profesionales (Johansen & Van den Bosch, 2017). Las bondades apreciadas por este modelo y la reducción de costes que supone (Gray *et al.*, 2015) lo hacen atractivo como iniciativa replicable.

En España, destaca el proyecto de *superilles socials* de Barcelona, una estrategia de transformación del espacio público con el objetivo de destinar parte del espacio utilizado para el transporte de los vehículos a usos ciudadanos, mediante un nuevo modelo de espacio público más justo y saludable, con una propuesta de red de ejes verdes que se extiende por toda la ciudad, una red donde se priorizan los recorridos a pie, enlazando zonas verdes y equipamientos de forma segura y amable para las personas. Las supermanzanas de cuidados son pequeños equipos de entre diez y quince profesionales que atienden a 40-70 personas que viven en una misma zona residencial, que ocupa entre tres y seis manzanas. Este sistema permite crear comunidades de cuidados estables que mejoran la calidad de la atención y las condiciones de trabajo de los profesionales. Actualmente, en Barcelona hay ocho supermanzanas de cuidados que atienden a 550 personas y se prevé que en los próximos años se amplíe la implementación por toda la ciudad hasta superar los sesenta equipos.

Una serie de servicios favorecen la permanencia en el domicilio

Como se ha observado anteriormente, en el catálogo de servicios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (art. 15) figuran los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal. Se trata del Servicio de Teleasistencia, el Servicio de Ayuda a Domicilio o SAD (de atención de las necesidades del hogar y cuidados personales, del que hemos hablado en el apartado de cuidados formales), el Servicio de Centros de Día/Noche y el Servicio de Atención Residencial y, según muestran los datos presentados, se encuentran infradesarrollados.

Exceptuando la Atención Residencial, el resto de servicios están enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas que no se encuentran institucionalizadas, permitiendo alargar el periodo de vida en el hogar.



La teleasistencia como fuente de seguridad para personas en situación de dependencia y sus familiares

La teleasistencia domiciliaria es un servicio que no ofrece directamente asistencia sanitaria o social, sino una gestión rápida, eficaz y personalizada de los recursos disponibles en un contexto domiciliario a través de un dispositivo electrónico (que puede ser un medallón que la persona lleva colgado y un terminal o puede ser un móvil). La persona está conectada continuamente, en su casa o fuera de ella con un operador de una central de alarmas, que dispone de una base de datos con toda la información médica y personal necesaria, y que, en caso de que apriete el botón para pedir ayuda o que el sistema detecte algún tipo de anomalía (por ejemplo, si debía llamar a determinada hora y no lo ha hecho), pone en marcha una serie de recursos para ayudarla (López, 2004).

La teleasistencia es una garantía en el día a día no solo para personas mayores, personas en situación de dependencia, personas convalécientes de una enfermedad o con enfermedades crónicas, sino para todas aquellas personas que viven solas y quieren tener la seguridad de contar con la atención que precisan ante una emergencia. Con la teleasistencia se ofrece tranquilidad ante cualquier accidente doméstico, pero también compañía y apoyo. El servicio consiste en un dispositivo fijo y un pulsador móvil que se puede accionar desde cualquier lugar de la casa. Con solo pulsarlo, la persona entra en contacto con el Centro de Atención, disponible las 24 horas del día y los 365 días del año. Su funcionamiento es sencillo: ante cualquier emergencia o necesidad, la persona pulsa el dispositivo y uno de los profesionales de la Central de Atención procederá a atenderla, llamando a las personas de contacto y/o a los servicios de emergencia en caso de ser necesario.

El Servicio de Teleasistencia puede ser público (en España, 247.917 personas en situación de dependencia gozaban a junio de 2020 del servicio) o privado, y permite movilizar a los familiares, vecinos, ambulancias, bomberos, policía local, etc., hecho que aporta seguridad tanto a las personas que tienen el servicio asignado como a sus familiares, permitiendo alargar el tiempo que una persona mayor puede vivir en su domicilio (Procter *et al.*, 2016). No obstante, cabe destacar que, pese a la inmediatez en la prestación del servicio que ofrece el contacto con los profesionales de la teleasistencia que se encuentran en los centros de llamadas, se detectan



también ciertos problemas que se derivan de las dificultades que estos profesionales pueden experimentar al movilizar precisamente esta red de familiares y vecinos (Roberts *et al.*, 2012).

La teleasistencia puede contar con múltiples *gadgets* para monitorizar a las personas en situación de dependencia, tales como almohadas o cojines que avisan si no detectan peso en ellos tras un periodo de tiempo determinado, o diversos sensores como el de apertura de la nevera o los de humo o fuego, muy relevantes para personas con Alzheimer, por ejemplo. No obstante, su uso en el marco del sistema público de teleasistencia se encuentra limitado por una cuestión de costes.

Durante el confinamiento y los meses posteriores de pandemia, la teleasistencia se ha convertido en un servicio esencial para la atención y el acompañamiento de las personas. Desde la aplicación del estado de alarma por la pandemia de la COVID-19, aumentaron las llamadas a los servicios de teleasistencia por diversas razones: miedo, dudas de qué hacer o no hacer, y por tener alguien con quien hablar, pues el aislamiento social ha sido difícil de afrontar para todos y en especial para las personas mayores.

Los centros de día o centros diurnos como facilitadores del mantenimiento de las capacidades físicas y cognitivas



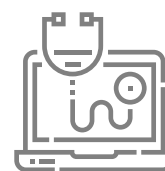
Los Centros de Día, Centros Diurnos o Centros de Estancia Diurna (con nombres diferentes según su ubicación) son equipamientos que ofrecen, en horario diurno, una atención integral e individualizada a personas mayores que, habitualmente, presentan un grado de dependencia moderado. En este campo la literatura no es muy extensa y, más que analizar el conjunto, se apoya sobre todo en estudios realizados sobre equipamientos individuales. Las evidencias parecen consensuar que la asistencia a centros de día comporta una mejora o mantenimiento de las capacidades físicas y/o cognitivas (Araya *et al.*, 2018).

De hecho, aunque no existe consenso al respecto, se aprecia cómo una mayor asistencia (más de una vez por semana) a centros de día se asocia con una mejora de la calidad de vida (Bilotta *et al.*, 2010; Iecovich & Biderman, 2013). No obstante, la disposición de una red familiar cercana supone un elemento determinante para que las personas mayores tomen la decisión de asistir a un centro de día (Kim, 2014). Dicho de otra manera, las personas que asisten a centros de día tienen un apoyo social más frecuente y cotidiano (principalmente familiar) que aquellas que viven en residencias o las que viven en sus domicilios y no asisten a centros de día, y un mayor apoyo social comporta (para todos los grupos) una reducción significativa de los niveles de depresión (Seddigh *et al.*, 2020).

Los centros de noche, pese estar recogidos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en España no se encuentran apenas desarrollados. En diversas comunidades autónomas puede encontrarse otro tipo de centros, llamados «de respiro», ideados como programa de apoyo a los familiares que ejercen de cuidadores no profesionales. La finalidad de este servicio es mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras, proporcionándoles un tiempo de descanso (como, por ejemplo, en cortos periodos vacacionales) o ante situaciones familiares imprevistas. Muchos centros residenciales ofrecen plazas de centro de día y de centro de noche.

Vistos los beneficios terapéuticos de la asistencia cotidiana a los centros, evidentemente la COVID-19, el confinamiento y cierre de los centros, la distancia física impuesta tras la reapertura, el uso de mascarillas y las consiguientes dificultades en la comunicación y reconocimiento de emociones, entre otros factores, han provocado pérdidas en la funcionalidad, en la cognición y aumento del estado de ánimo depresivo. Mucho nos queda aún por investigar sobre los efectos de la pandemia a corto, medio y largo plazo.

La potencialidad de la telemedicina y las barreras que frenan aún su plena implantación



Complementando esta idea de monitorización a distancia de las personas que optan por el modelo de envejecer en casa que comentábamos en el apartado dedicado a la teleasistencia, a lo largo de los últimos lustros, otro servicio que ha presentado una notable evolución gracias al desarrollo de nuevos sistemas informáticos y de imagen es el de la telemedicina (*e-health*). Permite el uso de tecnologías de comunicación para el diagnóstico, monitorización y tratamiento de pacientes a distancia (Currell *et al.*, 2008) y, según algunos autores, supone la clave para prestar una asistencia sanitaria eficaz descentralizada y con una mayor participación de los pacientes y un aumento de las demandas sociales (Koch & Hägglund, 2009).

No obstante, si bien la informatización y la tecnologización de las sociedades contemporáneas pueden haber facilitado la integración de los servicios sociales y de atención médica y, además, permiten reducir el número de desplazamientos de profesionales sanitarios para el seguimiento de ciertas patologías agudas o crónicas, muchas personas mayores han sido marginadas por no ser usuarios digitales, detectándose una notable brecha en este ámbito por razón de edad (Vancea & Solé-Casals, 2016).

Nuevamente, la pandemia del COVID-19 ha modificado la relación de las personas con la tecnología, tanto en el teletrabajo como en la salud digital, la telemedicina y la telemonitorización.

Es evidente que las ventajas de la telemedicina en la asistencia a pacientes con COVID-19 son múltiples, pues limitan las posibles exposiciones y los posibles contagios tanto en la sala de urgencias como en los hospitales y centros de atención primaria, y reducen el uso de equipos personales de protección. Una revisión sistemática publicada en el año 2018 (Shigekawa *et al.*, 2018) evaluó la seguridad y la eficacia de la telemedicina en las siguientes áreas clínicas: telesalud mental, telerrehabilitación, teledermatología, teleconsultas y otros, como el manejo de anticoagulación oral, la nutrición y el tratamiento de úlceras de pie diabético, entre otras. De acuerdo con este estudio, la telemedicina resultó equivalente a la visita médica convencional tanto en el momento del diagnóstico como en la parte terapéutica. Las teleconsultas reducen la hospitalización e inducen a una mayor frecuencia de contacto entre médico y paciente, pero de menor duración.

Capítulo 4

Los cuidados en *instituciones residenciales*



Los equipamientos residenciales

La literatura sobre cuidados en el ámbito residencial es muy amplia y de calidad. Una revisión sistemática de las investigaciones en ese campo permite determinar que históricamente el foco de interés estaba centrado en valorar los programas de actividad física, las intervenciones psicológicas o el seguimiento médico que se llevan a cabo en los equipamientos residenciales de CLD (Van Malderen *et al.*, 2013).

Se aprecia un creciente interés por determinar y cuantificar las variables que inciden en el estado de ánimo y la satisfacción de los residentes con su vida. En este sentido, aquellas instituciones que tienen en cuenta los deseos de las personas y desarrollan líneas de actuación dirigidas a empoderar a los residentes reforzando que lleven a cabo las actividades de la vida diaria, fomentan su participación y capacidad de decisión, y, estimulando el mantenimiento o generación de una red social de apoyo –es decir, en línea con la atención integral centrada en la persona–, consiguen un notable aumento de la calidad de vida de las personas residentes (Burack *et al.*, 2012; Chen *et al.*, 2019; Sullivan & Asselin, 2013; Wang *et al.*, 2018).

Para tener un conocimiento claro del sector residencial, también se observan muchas limitaciones: no hay un organismo nacional que lo represente, las normativas son autonómicas y existen grandes diferencias entre ellas (ratio de profesionales, tipo de profesionales...). Otra limitación importante es la dificultad para cuantificar el número de personas mayores institucionalizadas en España, ya que no existe una cifra al respecto, más allá de aproximaciones y estimaciones. A partir de los censos oficiales de población y viviendas (INE), puede observarse el número de personas que viven en residencias de personas mayores, pero se puede contabilizar las personas que residen en otros modelos de CLD institucionalizados (como apartamentos tutelados, centros sociosanitarios, etc.). Dichos censos tampoco



distinguen si estas residencias son de titularidad pública o privada o qué porcentaje real de las personas en situación de dependencia reconocida se encuentran institucionalizadas.

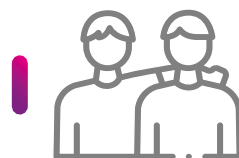
Los datos del INE corroboran la evidencia encontrada en la literatura, según la cual en los primeros años del siglo xx se registró una tendencia al aumento de la institucionalización que, no obstante, no ha sido mantenida. A partir de los datos de los censos de 2001 y 2011, se aprecia cómo, mientras el aumento de población mayor de 65 años fue del 19,4 %, el número de personas mayores que pasaron a vivir en residencia³ presentó un notable incremento del 180,6 % (pasando de 96.338 a 270.286). Sin embargo, este destacable crecimiento en términos porcentuales hace referencia a tan solo el 3,3 % de las personas mayores. En 2020, y según una estimación de *Envejecimiento en red* (que es el portal de publicaciones del CSIC en temas de envejecimiento) realizada a partir de su base de datos de residencias, eran el 3,5 % del total de personas mayores las que se encontraban institucionalizadas (322.180 personas de más de 65 años). Esta cifra, no obstante, equivale al 40,6 % de las personas mayores con dependencia reconocida y beneficiarias de una prestación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La importancia de las relaciones sociales como elemento central para mantener un buen estado de ánimo y de salud

Se aprecia de forma generalizada que las personas que viven en instituciones presentan un peor grado de salud y un menor índice de relaciones sociales.⁴ Estos hechos comportan una peor calidad de vida y una mayor presencia de índices de ansiedad y depresión en las personas que viven en estos entornos (Liu *et al.*, 2018; Otero *et al.*, 2006) y, por ende, peores niveles de salud mental (Drageset *et al.*, 2015; Even-Zohar, 2014). Al ingresar en un centro, las personas dejan sus hogares, sus redes sociales y sus hábitos de vida. Simplemente esto puede tener ya repercusiones en su estado de ánimo.

La demencia es actualmente la enfermedad neurodegenerativa más prevalente y la principal causa de dependencia en personas mayores de 65 años. La demencia afecta entre el 5-8% de la población mundial mayor de 60 años, porcentaje que aumenta progresivamente conforme avanza la edad y con un claro predominio del sexo femenino. En España, estudios poblacionales recientes muestran que padecen esta patología entre el 5,5-5,8 % de las personas mayores de 65 años y entre el 8,5-9,4 % en los mayores de 70 años. Las previsiones indican que en el año 2030 habrá en el mundo unos 74,7 millones de personas con demencia y en 2050 habrá 131,5 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia, mientras que en 2015 había 46,8 millones de personas con esta patología. Los estudios muestran mayores tasas de demencia en las mujeres. El informe de la asociación Alzheimer Europe señaló que la incidencia de mujeres con demencias en 2018 en España duplicaba a la de los hombres (580.758 mujeres frente a 271.984 hombres).

Además, las mujeres tienen más probabilidades de vivir en centros residenciales que los hombres; mientras que ellas pasan un 94 % de su tiempo con la enfermedad en residencias, ellos pasan el 60 %. Muchas de las personas que viven en los centros residenciales presentan, además, problemas cognitivos (Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas).



3 Cabe recordar que los datos oficiales muestran únicamente las personas que se encuentran ingresadas en residencias y no permiten distinguir las personas que residen en otros modelos de CLD institucionalizados (como apartamentos tutelados, por ejemplo).

4 De hecho, entre las personas mayores no institucionalizadas puede apreciarse cómo el hecho de disponer de pareja o hijos amortigua el sentimiento de soledad, dinámica que no resulta significativa para aquellos que residen en entornos institucionalizados (Prieto-Flores *et al.*, 2011).

No obstante, ello no implica que no pueda actuarse para mejorar la calidad de vida. Por ejemplo, se registran mejoras significativas en el bienestar psicológico de los residentes de equipamientos institucionalizados cuando estos participan en actividades intergeneracionales y/o comunitarias fuera de la residencia (Chippis & Jarvis, 2016).

Tipos de equipamientos residenciales

Podríamos clasificar las residencias en función de las personas a las que atienden: en situación de dependencia o no, pero cada vez el perfil de las personas que acuden a un centro residencial sin necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria es menor, pues la edad está muy asociada a la dependencia y, además, a mayor necesidad de ayuda, más probabilidades de vivir en una institución residencial.

En la literatura científica se pueden identificar tres grandes tipos de instituciones residenciales, que se describirán a continuación: los centros residenciales para personas mayores, las residencias asistidas y las viviendas tuteladas o apartamentos con servicios.

Centros residenciales para personas mayores

Las residencias en España, equiparables a *residential care* (o *residential aged care facilities*), son instituciones residenciales de carácter permanente o temporal para personas que presentan limitaciones para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. A nivel internacional tienen un carácter más bien privado y acogen a un número reducido de personas (20 o menos), mientras que en España pueden ser de titularidad pública, privada, pertenecientes a entidades del sector no lucrativo o públicas de gestión privada, y con un número de residentes variable, desde 10 hasta 200 personas usuarias.

El análisis de los motivos que llevan al ingreso en residencia no se encuentra en España todavía muy ampliamente estudiado, pero se observa cierto consenso con la evidencia a nivel internacional. Así, variables como una mayor edad, la existencia de patologías físicas o mentales (o la necesidad de tratamientos farmacológicos continuados y supervisados), estado civil (viudedad o soltería), disponer de bajas rentas o vivir en un entorno urbano multiplican las probabilidades de ingreso (Ayuso *et al.*, 2010; Jamieson *et al.*, 2019; Lillo-Crespo & Riquelme, 2018; Zueras & Ajenjo Cosp, 2010).

La posibilidad de elección sobre dónde envejecer y la definición de perfiles de cuidados en función de las necesidades y los intereses facilita el mantenimiento de un estado de salud mental positivo y puede contribuir a incrementar la calidad de vida (Wilkinson *et al.*, 2012). No obstante, cabe destacar que, aunque este razonamiento responde al sentido común, la mayor parte de los estudios no son propiamente experimentos controlados aleatorizados, por lo que resulta complicado extrapolar la causalidad o afirmar que esta no se deba a otros factores.

Las residencias asistidas: servicios personales y de salud

Seguidamente se encuentran las residencias asistidas, que son equivalentes a las que otros países denominan como *nursing homes* (o *assisted living*). En ellos se prestan un amplio rango de servicios personales y de salud. Tienen un carácter marcadamente médico, incluyendo servicio de enfermería las 24 horas. La mayoría están focalizados en procesos de rehabilitación tras la hospitalización, aunque



disponen de un amplio catálogo de servicios. Por ello, la estancia en estos equipamientos puede ser desde temporal (tras la cual la persona vuelve a su domicilio o residencia) a permanente, en función de cuál sea su estado físico o mental. Así, por ejemplo, son residencia habitual de personas que necesitan una elevada supervisión, como aquellas que sufren deterioro cognitivo moderado o severo.

Uno de los aspectos destacables de estas instituciones es que, como no deja de ser lógico, reducen el número de derivaciones a urgencias hospitalarias u hospitalizaciones. Al contar con un servicio de atención sanitaria integrado, permiten monitorizar de forma más efectiva a personas mayores con grados de dependencia altos, con relación a personas con menor dependencia pero residentes en instituciones sin seguimiento médico, donde la atención sanitaria se presta en centros de atención primaria (Calvo *et al.*, 2018). Eso se debe a que en las residencias que disponen de médico en su plantilla de profesionales, la atención continuada, la supervisión de la medicación e incluso la decisión de traslado a hospital las realiza este profesional del centro y no desde la atención primaria.

Las evidencias son mayormente descriptivas y correlacionales, aunque algunas investigaciones aplican algún tipo de modelo multivariable. La mayor parte de los estudios revisados en este ámbito se interesan por la calidad de vida de las personas que allí residen, poniendo especial foco en la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión. No obstante, son pocos los que cuentan con muestras aleatorias y escasos los que tienen en cuenta el estado de la persona al ingreso. Al presentar grados de dependencia moderados o severos, estos residentes acostumbran a presentar un mayor deterioro físico y cognitivo y, por tanto, una menor calidad de vida en general (Buckinx *et al.*, 2016).

En esta línea, se detecta que la situación de dependencia y la interacción con otras personas están relacionadas con una mayor presencia de síntomas depresivos, mientras que una mayor satisfacción con la autodeterminación se relaciona con una mejor adaptación a la institución y menores niveles de depresión (Ferrand *et al.*, 2019; Park *et al.*, 2012).

Siguiendo este hilo, se aprecia un cierto vacío en la literatura en el análisis de los espacios y el contexto arquitectónico de las instituciones residenciales, que tienden a ser bastante similares al entorno hospitalario (largos pasillos, diseños uniformes, etc.) y dirigidas a la atención simultánea de decenas de personas. Así, cuanto más medicalizado y similar a un hospital es el entorno, menor es la satisfacción de la persona y su percepción de calidad de vida (Kelley-Gillespie, 2012).

Las tendencias en cuidados en centros residenciales están girando cada vez más hacia un modelo «hogar» con pequeñas unidades de convivencia y unas actividades más similares a la vida cotidiana en cualquier domicilio.

Viviendas tuteladas y viviendas con servicios

En un punto intermedio entre estos equipamientos residenciales y las comunidades autogestionadas se encuentran las viviendas tuteladas (de carácter público) y los apartamentos con servicios (de carácter más bien privado), ambos equiparables a *retirement housing* o *sheltered housing*. Son hogares funcionales de dimensiones reducidas en los que conviven de manera normalizada algunas personas autosuficientes en régimen parcialmente autogestionado. No tienen servicio de atención médica o sanitaria, solo alojamiento y manutención. Algunos, más cercanos a un *resort* y privados, cuentan con servicios exclusivos como lavandería, limpieza diaria, conserje, mantenimiento, servicios asistenciales (médico, enfermera,

psicólogo, atención 24 h en caso de emergencia, fisioterapeuta y entrenador personal) y actividades lúdicas, sociales y culturales. Son apartamentos de lujo con alto coste.

En ellos residen personas mayores relativamente autónomas que, por diversos factores, no quieren seguir permaneciendo en sus domicilios o desean gozar de una serie de servicios complementarios en su misma comunidad (como comedor, lavandería, etc.). Así, estas instituciones disponen de apartamentos o habitaciones privadas, que se combinan con una gran disposición de áreas comunes y de servicios a los que pueden acceder los residentes. En Reino Unido pertenecen a las HOOP (*housing options for older people*). En España apenas se han desarrollado en algunos municipios, con limitaciones como el número total de convivientes, que no debe ser superior a 10.

En este ámbito, la literatura es más bien escasa, aunque las investigaciones más relevantes son robustas y están bien elaboradas. A partir de ellas puede determinarse que, si en este tipo de equipamientos no se realiza un esfuerzo por generar relaciones significativas entre los residentes o se brinda otro tipo de apoyo emocional, se observa una mayor probabilidad de acabar requiriendo servicios de salud mental (Park *et al.*, 2012).

Cuando no existe un esfuerzo explícito por la dinamización de la comunidad, en este tipo de equipamientos se detecta una reducción de las actividades de ocio que realizan los adultos mayores en comparación con las que llevaban a cabo antes de la mudanza. Por ello, es cuestionable si este tipo de instituciones satisface las necesidades sociales y de ocio de las personas mayores (Knecht-Sabres *et al.*, 2020).

En cambio, si se activa una suerte de compromiso social con el equipamiento y se aumentan las relaciones entre co-residentes, las tasas de depresión se reducen notablemente, especialmente entre las personas que sufren alguna discapacidad funcional severa (Jang *et al.*, 2014).

Si se activa una suerte de compromiso social con el equipamiento y se aumentan las relaciones entre co-residentes, las tasas de depresión se reducen notablemente, especialmente entre las personas que sufren alguna discapacidad funcional severa

Capítulo 5

La soledad residencial y las nuevas opciones de convivencia



Si bien la evidencia muestra claramente la preferencia de las personas mayores por permanecer en sus domicilios, algunos estudios ponen en cuestión si esta elección se basa en una decisión plenamente consciente e informada o si se trata de una falta de recursos que posibiliten otras alternativas habitacionales durante las últimas etapas de la vida (Fernández-Carro, 2016), especialmente cuando las personas viven en soledad, sin un círculo relacional cercano, en situaciones de dependencia o en casas que presentan problemas graves de accesibilidad.

En las sociedades desarrolladas se observa una clara tendencia al crecimiento de los hogares unipersonales, incluyéndose entre ellos los integrados por personas mayores. De hecho, las cifras de la Encuesta Continua de Hogares del INE muestran que, mientras entre 2014 y 2019 los hogares unipersonales compuestos por personas de menos de 65 años aumentaron un 3,7 %, los integrados por un adulto mayor lo hicieron prácticamente el triple (10,6 %).

Esta situación plantea un reto para la calidad de vida de los adultos mayores, tanto en términos económicos como sociales. En primer lugar porque, aunque vivir solo no comporte necesariamente el hecho de sentirse solo, se incrementa el riesgo de sufrir soledad no deseada (Yanguas *et al.*, 2018a).

Las relaciones sociales son una parte importante de la calidad de vida a lo largo de la vida y también lo son durante la vejez. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado tanto por algo objetivo, como es la frecuencia de contactos, sino más bien por algo subjetivo, como la satisfacción con dichas relaciones. La soledad es resultado del déficit en las relaciones sociales y el apoyo social y de la percepción de que las necesidades sociales que se tienen no son las esperadas.

Se ha relacionado la soledad con un peor estado de salud, una conexión social limitada y una peor calidad de vida en general, y se ha demostrado que la soledad afecta a algunos grupos de población más que a otros, como las personas mayores, los migrantes, los viudos y las personas que cuidan de otras (Pinazo-Hernandis, 2020a).

La vivencia de la soledad no es exclusiva de las personas mayores y ocurre a lo largo del ciclo vital, pero se acentúa con las pérdidas, que van desde las relacionales (del círculo laboral tras la jubilación, de amigos o pareja por defunción o dependencia severa, de los vecinos por mudanzas, etc.), las de visión o movilidad o las de espacios referenciales por cambios urbanísticos, la gentrificación y el cierre de las tiendas de barrio, etc. Todos estos factores pueden derivar en un aislamiento y una crisis del sentimiento de pertenencia que puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud mental y física. De hecho, es recurrente la comparación del efecto de la soledad con el de fumar 15 cigarrillos al día o ser obeso, pues el aislamiento social real y el percibido se asocian con un mayor riesgo de mortalidad temprana. En la revisión metaanalítica de Holt-Lustad *et al.* (2015) quisieron establecer la magnitud general y relativa del aislamiento social y la soledad y examinar posibles moderadores a partir de una búsqueda bibliográfica de estudios científicos publicados previamente. Los déficits sociales fueron más predictivos de muerte en personas con una edad promedio menor de 65 años, y en general, la influencia del aislamiento social tanto objetivo como subjetivo sobre el riesgo de mortalidad es comparable con los factores de riesgo de mortalidad bien establecidos (obesidad, tabaquismo...).

Las consecuencias de sentirse aislado socialmente están siendo cada vez más reconocidas y probadas, especialmente la conexión existente entre soledad, depresión y la aparición de problemas cardiovasculares, aunque se desconoce aún el mecanismo que provoca esta relación causal (Courtin & Knapp, 2017; Yanguas *et al.*, 2018b). Algunos estudios apuntan a que puede tratarse del aumento del cortisol (hormona del estrés), que tiene efectos tanto en la salud mental –pues conlleva que las personas solitarias encuentren más estresantes las actividades diarias que aquellas con una vida social más activa, y se concentren más en pensamientos y percepciones negativos– como en la salud física, ya que provoca una inflamación crónica que afecta al sistema inmunológico y favorece la aparición de otras enfermedades (Cacioppo & Patrick, 2008).

En general, la evidencia que se desprende de la literatura analizada es que, cuanto mayor es la red de relaciones de una persona, mejor es su estado de ánimo y de salud y, por tanto, mayor es su percepción de calidad de vida (Brown *et al.*, 2015). Este hecho ha favorecido la aparición de cada vez más recursos y programas que luchan contra la soledad no deseada y trabajan para la generación y el mantenimiento de relaciones sociales significativas (Pinazo-Hernandis, 2020b).

Nuevas opciones de convivencia por desarrollar

Muchas personas disfrutan de su vida en solitario, pero para otras supone riesgos y gastos que difícilmente pueden asumir. Vivir solo es más caro y menos seguro. Para dar respuesta a estas situaciones son varias las iniciativas (mayormente privadas) dirigidas a unir a personas que quieren vivir con otras, personas que disponen de vivienda y buscan alguien con quien compartirla, ya sean estos compañeros jóvenes (como Viure i Conviure)⁵, solo mujeres (Convive Mujer)⁶ o con otras personas mayores (Hogar y Café)⁷. La premisa de partida de este tipo de programas es que posibilitan la vida en común y permiten disponer de alojamiento a costes más bajos que los del mercado inmobiliario, además de los muchos beneficios psicológicos y sociales en ambas generaciones.

Otra propuesta es la creación de unidades de convivencia autogestionadas, conocidas como *cohousing*.⁸ Este modelo, en España no es tan reciente como podría pensarse (hace ya 20 años desde la creación del primer *cohousing* nacional), pero en el norte de Europa y EE.UU. tiene una historia de más de medio siglo y el modelo se encuentra muy desarrollado. El concepto estricto de *cohousing* lleva implícita la voluntad de envejecer integrado en el entorno, para lo cual una comunidad de amigos o conocidos suele trabajar conjuntamente para diseñar desde cero el contexto arquitectónico y la definición de tareas y funciones que en él se llevarán a cabo. En el diseño del proyecto de *cohousing* se observa tanto el entorno exterior como los espacios interiores, que deben ser lo más parecido a un hogar (en términos de espacios, tamaños, mobiliario, etc.), y la realización de actividades cotidianas (Martínez, 2013). Las investigaciones muestran al *cohousing* como una posible alternativa a las residencias clásicas, aunque en la literatura la comparación con otros tipos de CLD es muy escasa.

Las investigaciones muestran al cohousing como una posible alternativa a las residencias clásicas, aunque en la literatura la comparación con otros tipos de CLD es muy escasa.



5 www.ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/ca/canal/programa-viure-i-conviure.

6 <http://fundacionaliciayguillermo.com/convive-mujer/>.

7 <https://www.fundacionpilares.org/hacemos/atencion-domicilio-entorno/hogar-cafe/>.

8 Aunque en la literatura puede observarse que se usa como sinónimo el concepto de *cohousing* junto a «viviendas colaborativas», «comunidades autogestionadas», «coviviendas» o «cohabitages», estas últimas denominaciones pueden llevar implícitas otras formas de organización comunitaria que no son las que se pretenden exponer en el presente apartado de *cohousing*. También se aprecia en la literatura la distinción de *cohousing* como una forma concreta de *coliving*, concepto que haría referencia a las viviendas que combinan espacios privados con espacios y servicios comunitarios, con el explícito objetivo de promover el contacto social y construir una comunidad (Shafique, 2018).

Conclusiones

Sociedades longevas

Las sociedades son cada vez más longevas. La esperanza de vida ha aumentado en todos los países y también en España (83,3 años).

El envejecimiento de la población plantea un desafío a las sociedades: en 2050 en España habrá 16 millones de personas mayores de 65 años, un 33 % de la población. Esta realidad exige una planificación en la prestación de cuidados de larga duración y un replanteamiento del modelo de cuidados.

Los establecimientos que proporcionan cuidados de larga duración agrupan una amplia gama de tipos: centros residenciales alternativos a la vivienda familiar, los que proporcionan cuidados especializados y medicalizados, centros para cuidados al final de la vida, centros de rehabilitación, de atención a personas con discapacidad, etc. Centrándonos en los establecimientos que proporcionan cuidados a personas mayores, hay pocos recursos en general y pocos de los centros son públicos. Es necesario mejorar y ampliar la red de recursos, así como evaluar su eficacia.



Necesidad de cuidados de larga duración durante más tiempo

Según la Organización Mundial de la Salud, los cuidados de larga duración son el sistema de acciones llevadas a cabo por cuidadores no formales (familia, amigos o vecinos), profesionales (sanitarios, sociales...) o ambos, para conseguir que una persona que no pueda realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

El respeto a los derechos humanos debe estar siempre presente: se debe asegurar que todas las personas puedan envejecer con dignidad y seguridad.

Podemos hablar de diferentes lugares de prestación de los cuidados de larga duración: cuidados en domicilio, que pueden ser dados por un cuidador familiar o profesional, o cuidados en entornos residenciales. Más allá de los diferentes recursos y modelos de cuidados de larga duración, la realidad es que cada vez más personas van a necesitarlos, y durante más tiempo.

La población, en general, desconoce los recursos para los cuidados de larga duración que existen y los diversos modelos residenciales.



Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos y de las intervenciones sanitarias en que su finalidad no es curar o sanar una enfermedad. Su objetivo es favorecer la mayor calidad de vida posible; minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental; favorecer que la persona dependiente alcance y mantenga un nivel de funcionamiento lo más óptimo posible; permitir vivir lo más independientemente posible; ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria, y, finalmente, mantener al máximo los limitados niveles de función, salud, y bienestar mental y social.

Los cuidadores formales son proveedores de cuidados que reciben una retribución económica por suministrar los cuidados y están asociados a un sistema de servicio organizado, como las organizaciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones con ánimo de lucro. Además, están cualificados profesionalmente para la práctica de la asistencia y entre ellos se encuentran los profesionales sociosanitarios (enfermería, medicina, psicología, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, gerontología...), que proporcionan servicios de cuidado personal, cuidados de salud y tareas del hogar.

Los cuidadores informales son aquellas personas que dispensan cuidados sin percibir compensación económica por realizar esta tarea, no poseen formación formal para suministrar los cuidados y pertenecen al entorno próximo de la persona dependiente. Es el caso de los miembros de la familia nuclear y extensa, vecinos y amigos que se implican en actividades de cuidado y de atención a las necesidades, y ayudan de forma regular y continua a la persona dependiente, normalmente durante todo el día. Los cuidadores informales suelen ser miembros de la familia, frecuentemente una mujer –esposa o hija–, con una edad entre 45 y 65 años, sin ocupación laboral o con un empleo a tiempo parcial y con un bajo nivel de estudios y socioeconómico. Además, la provisión de los cuidados suele suministrarse en la vivienda de la persona en situación de dependencia, de forma diaria, continua e intensa (más de 40 horas semanales), e incluye diversos tipos de apoyos (atención al cuidado personal y realización de tareas domésticas, apoyo emocional...). Esta asistencia suele ser asumida por una sola persona cuidadora durante varios años. El cuidado informal ha sido conceptualizado como un evento vital estresante (síndrome de carga del cuidador) que, junto a su cronicidad e imprevisión sobre el momento de su finalización, se asocia con repercusiones negativas sobre el bienestar físico y psicológico del cuidador informal. Cuidar produce consecuencias negativas, pero también tiene consecuencias positivas y grandes beneficios.

Diversos modelos de cuidados de larga duración, diferentes recursos según comunidades autónomas

A mayor edad, mayor nivel de dependencia y pérdida funcional y más necesidad de cuidados. Los centros residenciales son necesarios como recurso para los cuidados de larga duración. El perfil mayoritario de las personas que viven en residencias es el de un adulto con un alto nivel de dependencia, mayor de 85 años, mujer y, la mayoría de ellas, con deterioro cognitivo. Pero se tiene un conocimiento limitado del sector residencial. Por un lado, no hay un organismo nacional que las represente, aúne, apoye o supervise. Por otro, las normativas son autonómicas y con grandes diferencias entre comunidades autónomas (en ratio de personal, tipo de profesionales, características de los servicios prestados...).



Falta de coordinación de servicios y niveles sociosanitarios

Hay una falta de recursos públicos y casi ausencia de relación entre los recursos públicos y los privados. Teniendo en cuenta los niveles mínimos de cobertura que aconseja la Organización Mundial de la Salud (situados en un 5 % de la población mayor de 65 años), actualmente hay un déficit de centros residenciales de unas 65.000-80.000 plazas.

El ámbito sanitario y el social tienen diferentes modos de funcionar y distintas bases de datos no compartidas. No hay una coordinación sociosanitaria y las personas tienen que hacer un peregrinaje entre servicios desconectados entre sí.

Familia, Estado, empresas y tercer sector son los pilares de la provisión de servicios, si bien uno de ellos, el de la familia, es mayor en España: el 80 % de las personas en situación de dependencia reciben atención informal. La carga de cuidado ha recaído tradicionalmente en las familias y sobre todo en las mujeres, a menudo como cuidadoras únicas.

Es preciso invertir en formación para el cuidado. Hace falta apoyo y formación para los cuidadores informales y también formación continuada y especializada para los cuidadores profesionales (sobre aspectos concretos del cuidado de la salud, pero también del buen trato y el respeto).



Ageing in place

Las personas prefieren envejecer en el lugar donde han vivido sus vidas, donde tienen sus vínculos relacionales y sus apoyos. La falta de conexión social se relaciona directamente con problemas emocionales (ansiedad, depresión, estrés) y de salud cardiovascular y cognitiva.

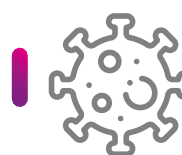
Pero, para que las personas sigan viviendo en sus casas, estas deben adaptarse al envejecimiento de sus miembros y los entornos deben ser facilitadores, aproximando los servicios a los domicilios. Muchas personas necesitan asistencia continuada para la realización de diversas actividades de la vida diaria (vestirse, alimentarse, moverse...). Hay una falta de recursos de cuidados en domicilio y una descoordinación entre los existentes.



La COVID-19

La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un mayor impacto en las personas más vulnerables (personas mayores en situación de dependencia, personas con enfermedades crónicas...) y ha puesto de relieve la necesidad de mejorar los cuidados de larga duración, la necesidad de dotar de mayor financiación a los servicios y dignificar la profesión de cuidar con mejores sueldos y mayor reconocimiento.

El confinamiento, el cierre de los centros y el cese de actividades terapéuticas y de socialización han supuesto un cambio en las rutinas habituales de los centros residenciales y centros de día y otros servicios de atención y cuidados de larga duración. En los próximos meses podremos ver la repercusión en la calidad de vida, las evaluaciones negativas a nivel cognitivo, psicológico y funcional, y la regresión de las enfermedades, sobre todo en los casos de personas con deterioro cognitivo.





Retos de futuro *en los cuidados de larga duración*

Sociedades cuidadoras

En algún momento de nuestras vidas, todas las personas hemos sido cuidadas, seremos cuidadas y deberemos cuidar de otras personas. El cuidado es una responsabilidad de todos y debe convertirse en un deber ciudadano, una obligación cívica. Necesitamos revisar los cuidados de larga duración y replantear el mundo de los cuidados.

La atención a la soledad es un reto también de las sociedades cuidadoras. Informar de la importancia del cuidado y mantenimiento de las relaciones sociales como mecanismo de lucha contra la soledad no deseada, y democratizar y visualizar las estrategias existentes para incrementar la red relacional de las personas mayores, puede contribuir enormemente a incrementar la calidad de vida de las personas mayores, a la vez que puede suponer un ahorro en términos económicos en el ámbito de la salud.

Solidaridad intergeneracional

Es necesario mejorar la integración e implicación comunitaria de todas las personas y así aumentar la cohesión y la solidaridad intergeneracional.

La pandemia ha vuelto a poner de manifiesto algo que nos interesa destacar especialmente en estas páginas: la necesidad de que sociedades y comunidades sean inclusivas para todas las edades y generaciones, no solo por razones de solidaridad, equidad o justicia social, sino también para contar con comunidades más fuertes, más capaces y más habitables. La actual pandemia nos ha hecho recordar que hay problemas que padecemos en comunidad y que deben ser resueltos en comunidad.

El cuidado pone en juego no solo la viabilidad de la vida presente, sino su capacidad de perdurar en el futuro. Y el cuidado intergeneracional es precisamente el que tiene su razón de ser en prestar una atención específica a la conexión entre bienestar de las personas y paso del tiempo: cuantas más generaciones conviven en un momento dado, más probable e imperioso resulta cuidar intergeneracionalmente. Cuando lo hacemos, estamos apostando por el futuro de las generaciones cuidadas, enlazadas en el tiempo con las generaciones cuidadoras.

Una normativa común y aumento de la financiación y los tipos de recursos

3

En España hay 384.251 plazas residenciales en 5.567 centros distribuidos de manera desigual a lo largo del territorio español.

Teniendo en cuenta el déficit de recursos y de plazas residenciales, cada año deberán crearse unas 12.000 plazas nuevas. Esto supondría una atención real a los cuidados de larga duración y, a la vez, una generación de empleo en torno a los cuidados.

Con la demanda demográfica creciente y la situación del sector residencial (insuficientes plazas y pocos centros especializados), las políticas sanitarias, sociales y económicas relacionadas con el cuidado deben mejorar.

Coordinación sociosanitaria

4

La integración de políticas públicas desde los distintos sectores alrededor de objetivos comunes es algo muy necesario a la vez que complejo. La adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria presenta claras oportunidades en la atención a las personas. Por un lado, una mirada integral e integradora donde los servicios de atención y cuidados giren en torno a las personas y no al revés. Por otro, la optimización de recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que precisan cuidados de larga duración.

Es necesario coordinar a los distintos agentes implicados en el cuidado (familias, servicios de proximidad al domicilio, centros de atención primaria y hospitales, centros residenciales, voluntariado, red vecinal, etc.).

Hay que crear nuevos servicios en el entorno donde las personas viven, alrededor de sus viviendas, y redefinir y mejorar los diferentes apoyos y servicios de atención, transformando la atención en domicilio (no solo en lo relativo a los contenidos, sino también en la intensidad). Precisamos, además, mirar de forma innovadora y generar muy diversos servicios entre los márgenes que delimitan la vida en el domicilio de forma autónoma y las residencias para personas mayores en situación de dependencia.

Estos diferentes servicios deben ofrecer una mejor y más intensa atención en domicilio (más cualificada profesionalmente, pudiendo proveer cuidados más complejos y más horas de dedicación por persona) e incluir servicios habituales en otros países, como apartamentos con servicios, viviendas asistidas o los que se deban en su caso diseñar (la innovación es un elemento clave también en este sector). Estos equipamientos deberían tener un menor tamaño, con una mayor personalización de la atención, y ser más versátiles en cuanto a provisión de ayuda y acompañamiento a las personas.

Cuidar bien cuesta más dinero y necesitamos mejorar condiciones laborales, ofrecer más y distintos servicios y disponer de más profesionales dedicados a ello.

Es necesario situar a los cuidados en un punto central de las políticas públicas. De no ser así, vamos directos al colapso. En varios momentos de nuestras vidas seremos cuidados, necesitaremos que nos cuiden o seremos cuidadores.

Autonomía y dependencia no son contrarios ni son términos excluyentes. ¿Cómo podemos garantizar la mayor autonomía posible (de acción, de decisión...) en las personas que envejecen? La vulnerabilidad forma parte de nuestras vidas.

El eje en las personas

5

Los servicios deben girar en torno a las personas, con una mirada integral e integradora, desde una ventanilla única que tenga, por un lado, la capacidad de actuar rápidamente ante las situaciones de mayor vulnerabilidad y, por otro, que pueda prevenir, cuidar y mejorar la calidad de vida. La promoción de una vida activa se relaciona con un retraso de las situaciones de dependencia.

La atención centrada en la persona parte del respeto de los derechos y las decisiones sobre su vida. El centro se sitúa en la participación y la defensa de la autonomía personal el mayor tiempo posible. La persona es agente en la elaboración de su plan de vida y su plan de cuidados.

Ageing in place

6

La mejora de los entornos (accesibilidad, amigabilidad) facilita que las personas puedan vivir su vejez donde desean. Cuanto mayor es la red de contactos de una persona, mejor es su estado de ánimo, su estado de salud y su percepción de calidad de vida.

El avance de la telemedicina va a permitir el seguimiento a distancia de patologías crónicas y agudas, el diagnóstico, la monitorización, el autocuidado y el tratamiento y la permanencia en domicilios.

Diversidad

7

El grupo de personas mayor de 65 años no es un grupo homogéneo. Conforme aumenta la edad, se hacen mayores las diferencias entre las personas, lo que conlleva muy diversos modos de envejecer. Las políticas públicas deben tener en cuenta estas diferencias en el diseño de los recursos y programas. Se necesitan más recursos (más centros de día, más centros residenciales, más servicio de ayuda a domicilio, más teleasistencia), pero también más variedad de oferta. El auge y el desarrollo de nuevos modos de convivencia (*cohousing*, viviendas compartidas...) son un hecho y debe ser tenido en cuenta por los gestores a nivel local.

La mirada de género no debe faltar en la atención a los cuidados de larga duración. Hay más mujeres mayores en situación de vulnerabilidad y también hay más mujeres que son cuidadoras informales y profesionales.

Evaluar e investigar

8

Una de las claras conclusiones que se pueden extraer del informe es la necesidad de hacer diagnósticos sociales para conocer la realidad y las necesidades expresadas por las personas que precisan cuidados de larga duración y evaluar los proyectos, programas y recursos.

Es preciso hacer estudios longitudinales a nivel estatal que permitan mejorar los recursos y adaptarlos a las cambiantes necesidades.

La apuesta por el abordamiento de los CLD en las sociedades longevas debería tener un carácter más preventivo del que actualmente tiene, al menos en los países mediterráneos. Ampliar la información sobre los recursos existentes y poner a la persona en el centro del proceso de decisiones permitiría incrementar su satisfacción y calidad de vida, desvinculándolas de la disposición de una familia o de recursos económicos. Estos factores tienen actualmente una clara implicación en el diseño de los programas propuestos para expandir la atención domiciliaria financiada con fondos públicos para personas mayores con discapacidad en la mayor parte de Europa.

En este sentido, en España aún es necesario arrojar luz al sector para poder conocer de forma exacta cuántas personas reciben cuidados informales en el ámbito de su hogar, cuántas se encuentran institucionalizados en el marco de equipamientos residenciales y cuántas optan por nuevas formas de cohabitación. No obstante, pese a la opacidad, puede observarse como los recursos existentes son reducidos y, de ellos, pocos son públicos.

En España aún es necesario arrojar luz al sector para poder conocer de forma exacta cuántas personas reciben cuidados informales en el ámbito de su hogar, cuántas se encuentran institucionalizados en el marco de equipamientos residenciales y cuántas optan por nuevas formas de cohabitación

Metodología de selección de la literatura revisada

Revisión sistemática de la literatura y selección en base a criterio experto



Este estudio sintetiza los hallazgos encontrados en 111 documentos que analizan los CLD en las personas mayores. De estos, 62 se han obtenido tras la realización de una búsqueda sistemática de la literatura especializada, 35 de la búsqueda de estudios en base al criterio experto y 14 corresponden a informes realizados por fundaciones u organismos especializados en este campo. En esta sección se explica el procedimiento seguido.

En un inicio se planteó una revisión sistemática de la literatura especializada en los modelos de CLD y convivencia de las personas mayores. Esta revisión se ha basado en la metodología de The Campbell Collaboration, que establece un protocolo de búsqueda de literatura objetivo, transparente y sistemático.

En primer lugar, el equipo de trabajo acordó de forma conjunta con El Observatorio Social de la Fundación "la Caixa" cuál sería el alcance de la revisión, así como los criterios de inclusión. En este sentido, se decidió no limitar la literatura a un ámbito geográfico o temporal concreto e incluir tanto estudios académicos como aquellos elaborados por organismos internacionales o fundaciones. Se definieron los principales modelos sobre los que realizar la búsqueda, como los cuidados en centros residenciales y los cuidados domiciliarios, incluyendo en cada una de esas áreas distintas alternativas de cuidados o diferentes modelos de convivencia.

En este punto se definieron también las palabras clave de la búsqueda. Como principales resultados de los modelos de CLD se consideraron conceptos como bienestar, calidad de vida, relaciones sociales, mortalidad, beneficios y costes. Estos se combinaron con distintos tipos de modelos (cuidados en el hogar, centros de día, centro residencial, *cohousing*, etc.) y conceptos como «personas mayores», «sénior», etc.⁹ La búsqueda incluyó palabras clave en castellano e inglés. Se ha tenido en cuenta cualquier investigación que analice casos de estudio, estudios de corte transversal, experimentales o cuasi-experimentales, intervenciones (aleatorizadas o no), estudios cualitativos o revisiones de artículos, siempre que hiciesen referencia a los modelos incluidos en la revisión.

A partir de estas palabras se construyeron los distintos buscadores booleanos y se utilizó la base de datos de Scopus,¹⁰ iniciando así la etapa de la búsqueda de los

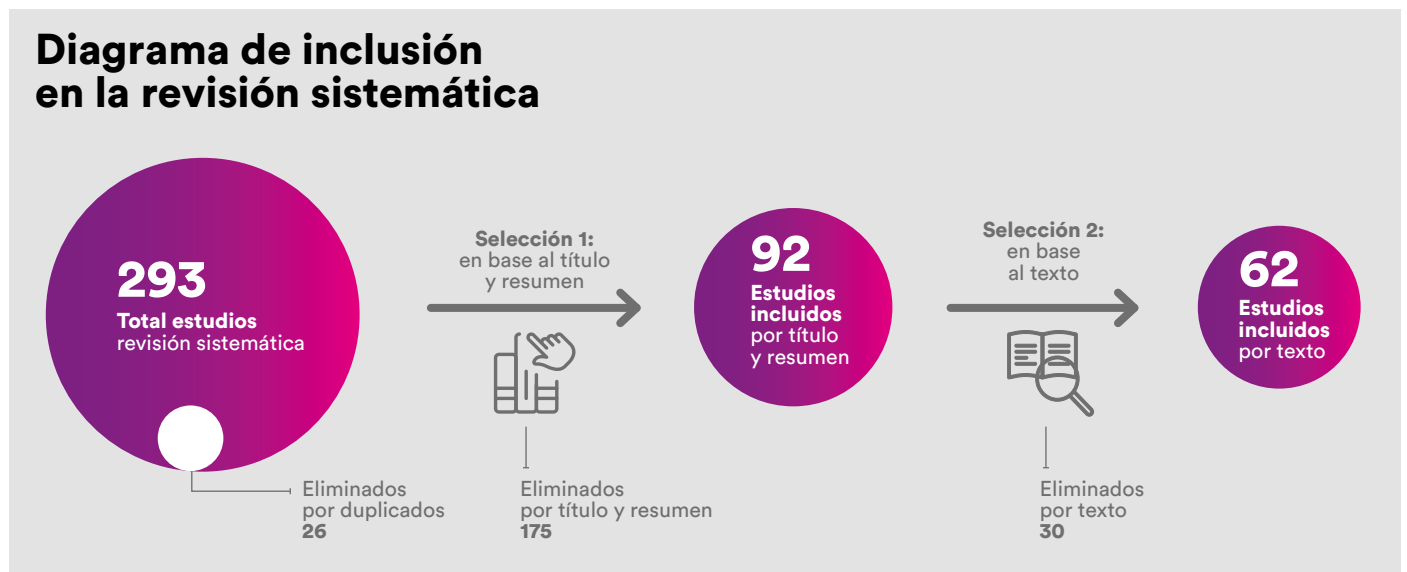
9

La búsqueda incluyó palabras clave en castellano e inglés: *long-term care settings/facilities, LTC, nursing care/home, assisted living, continuing-care, life-care, residential aged-care, day-care home, dependency, care, senior center, retirement home, respite care* [«short break» se utiliza en algunos países para describir el apoyo de respiro], *older adults, senior, nonagenarian, octogenarian, centenarian, ageing/aging, old people, elderly people, pensioner, elder, cohousing, e-health, loneliness, isolation, health women vulnerability, social frailty, ageism, age stereotypes, self-perception of aging, pandemic, COVID-19, coronavirus, severe acute respiratory syndrome, SARS-CoV.*

10

Ver: <https://www.scopus.com/>.

Figura 1.



estudios, tanto en inglés como en español. Dado el elevado número de resultados, se decidió limitar la búsqueda a la última década, añadiendo después aquellas investigaciones que, tras la lectura de los estudios, fuesen relevantes para este estudio y se hubiesen publicado antes de 2010. Como muestra la figura 1, tras realizar las búsquedas con el uso de las palabras claves, se identificaron un total de 293 documentos que cumplían con los criterios especificados. A partir de aquí se eliminaron los duplicados y, con las investigaciones resultantes, se seleccionaron los informes a analizar en base a su título y resumen (*abstract*). De los 92 estudios que superaron esta selección, el equipo de trabajo leyó cada documento completo, para acabar seleccionando los 62 documentos que componen la revisión sistemática. Estos se clasificaron en una base de datos incluyendo información sobre la muestra utilizada, el país o área geográfica al que hace referencia, la pregunta de investigación, la metodología, una puntuación en base a la Maryland Scientific Method Scale (SMS)¹¹ o los principales hallazgos.

Tras realizar esta búsqueda sistemática y evaluar los resultados, se detectó que aquellos que lograban una mejor puntuación no habían sido realizados en España y no eran totalmente representativos de la realidad española. En tanto que el objetivo del estudio era recoger el estado de la cuestión tanto a nivel internacional como nacional, se consideró necesario ampliar la selección resultante con estudios llevados a cabo por las entidades y organizaciones del tercer sector con un mayor peso en la prestación de CLD a personas mayores en España. Por ello, tras la revisión de la estructura inicial del informe en base a la evidencia encontrada, se consideró, por parte de El Observatorio Social de la Fundación "la Caixa" y el equipo de trabajo, que algunas áreas debían profundizarse o ampliarse.

Así, se procedió a una nueva búsqueda complementaria de la literatura en base a criterios expertos. En esta segunda fase se identificaron 35 estudios, y se incluyeron también un total de 14 informes de entidades públicas y fundaciones con el objetivo de realizar una revisión lo más exhaustiva posible.

A partir de los 111 estudios e informes que pasaron las dos fases de selección, se realizó la síntesis de los estudios que se recoge en esta revisión y que incluye los principales resultados de la literatura actual especializada en el ámbito de los CLD.

11 La SMS es una escala del 1 al 5 que ordena las investigaciones —especialmente las evaluaciones— según la robustez de la metodología usada. Los criterios de clasificación de la escala SMS van desde 1 (estudio donde no se puede identificar la causalidad) hasta 5 (experimentos aleatorizados). El principal criterio para examinar la robustez de la metodología se basa en la manera en que el método trata con los problemas de selección. Esta jerarquía no es absoluta y un estudio transversal puede proporcionar mejor evidencia que un estudio con una metodología compleja y mal ejecutada, o sin datos suficientes. Teniendo en cuenta que muchos de los estudios encontrados en el marco de esta búsqueda no llegaban a puntuar en la escala SMS, esta se ha tenido en cuenta sólo a modo orientativo, y no como elemento de triaje para seleccionar las investigaciones analizadas.

Características de la evidencia encontrada

Una de las principales dificultades identificadas en la revisión de la literatura reside en que una notable parte de los estudios e informes analizados no realizan una descripción precisa de los modelos de cuidados, especialmente en relación con el contexto arquitectónico o bien con los servicios asociados a la provisión de uno u otro modelo de CLD. De hecho, ni siquiera la definición de dependencia, de cuidados o de cuidadores atiende a criterios estandarizados. Por lo tanto, bajo el mismo concepto se pueden encontrar definiciones muy diversas e incluso divergentes entre ellas. Esto hace especialmente complicada la comparación entre distintas investigaciones, a lo que se le añade el hecho de que en distintos países se usan conceptos diferentes para describir el mismo tipo de instalaciones de cuidado.

A nivel metodológico, gran parte de los estudios se basan en encuestas para evaluar tanto características de los participantes en el estudio –por ejemplo, el grado de dependencia/autonomía– como resultados –por ejemplo, el nivel de satisfacción de las personas que utilizan servicios o programas–. Se trata, en muchos casos, de medidas de autoinforme que a menudo realiza el mismo centro o servicio.

Como se ha comentado en la valoración en función de la escala SMS, son muy pocos los estudios que se basan en ensayos de control aleatorizados (RCT, *randomized controlled trial*, por sus siglas en inglés), y la mayoría utilizan diseños de investigación o métodos cuantitativos poco sofisticados. No se comparan en la misma investigación personas en distintos modelos de cuidados, por lo que es difícil saber si los resultados obtenidos se deben al modelo en cuestión o a las características concretas de las personas usuarias de ese modelo. Se trata, por tanto, en la mayoría de casos, de evidencia observacional. Todo esto exige ser precavidos al sacar conclusiones del uso de cada uno de estos modelos.

Bibliografía



Referencias bibliográficas¹²



- Araya, A. X., Herrera, M. S., Iriarte, E., & Rioja, R. (2018). Changes in social, psychological and functional variables among older people attending a day care center. *Revista Médica de Chile*, 146(8), 864–871. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000800864>
- Arriba, A., & Moreno, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Colección Estudios, Serie Dependencia, 12007. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ayuso, M., Pozo, R. del, & Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789–798.
- Bermejo, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>
- Bilotta, C., Bergamaschini, L., Spreafico, S., & Vergani, C. (2010). Day care centre attendance and quality of life in depressed older adults living in the community. *European Journal of Ageing*, 7(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0138-4>
- Bonafont, A. (2020). *Atención centrada en la persona: Historia de Vida y plan personalizado de atención y de apoyo al proyecto de vida*. Madrid: Fundación Pilares.
- Brainard, J. S., Rushton, S., Winters, T., & Hunter, P. R. (2020). Introduction to and spread of COVID-19 in care homes in Norfolk, UK. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.17.20133629>
- Brown, L., Forster, A., Young, J., Crocker, T., Benham, A., & Langhorne, P. (2015). Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001730.pub3>
- Buckinx, F., Reginster, J. Y., Petermans, J., Croisier, J. L., Beaudart, C., Bruois, T., & Bruyère, O. (2016). Relationship between frailty, physical performance and quality of life among nursing home residents: the SENIOR cohort. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(6), 1149–1157. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0616-4>

12

Aparece en este listado toda la bibliografía consultada para la realización de este informe, aunque no todos los documentos se citen explícitamente en el texto. Tras este listado se presenta la bibliografía categorizada en función de su origen: de la revisión sistemática, en base a criterio experto o a informes.

- Buffel, T., Rémillard-Boilard, S., & Phillipson, C. (2018). Pour des villes amies des aînés: programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain. *Retraite et Société*, 79, 43–60. <https://doi.org/10.3917/rs1.079.0043>
- Burack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P., & Annunziato, R. A. (2012). What matters most to nursing home elders: Quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.08.002>
- Burgess, G., & Quinio, V. (2018). Is co-living a housing solution for vulnerable older people? *Literature Review*. Cambridge: University of Cambridge. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35032.65282>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. Nueva York: Norton & Co.
- Calvo, J. J., Garmendía, P., Izaguirre, A., Mendiluce, N., Martínez, C., & Bueno, O. (2018). Hospitalizaciones derivadas desde un centro gerontológico con 2 modelos de atención sanitaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53, 95. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.231>
- Carro, C. F., & Evandrou, M. (2014). Envejecer en casa, ¿preferencia habitacional o falta de alternativas?: un análisis del contexto europeo. En H. Cairo y L. Finkel (ed.), *Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología. Actas del XI Congreso Español de Sociología* (pp. 694–704). Madrid: Federación Española de Sociología.
- Casanova, G., Lamura, G., & Principi, A. (2017). Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of Recent Developments in Italy and Spain. *Journal of Aging and Social Policy*, 29(3), 201–217. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1236640>
- Chao, S. F., & Chen, Y. C. (2019). Environment patterns and mental health of older adults in long-term care facilities: the role of activity profiles. *Aging and Mental Health*, 23(10), 1307–1316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1484889>
- Chappell, N. L., Havens, B., Hollander, M. J., Miller, J. A., & McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44(3), 389–400. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.389>
- Chen, Y. C., Lin, K. C., Wu, C. Y., Chen, C. J., & Hsieh, Y. W. (2019). Determinants of quality of life in the older residents of long-term care facilities using the world health organization international classification of functioning, disability and health framework in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 42(16), 2325–2333. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1559888>
- Chippis, J., & Jarvis, M. A. (2016). Social capital and mental well-being of older people residing in a residential care facility in Durban, South Africa. *Aging and Mental Health*, 20(12), 1264–1270. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1105196>
- Choi, J. S. (2004). Evaluation of community planning and life of senior cohousing projects in Northern European countries. *European Planning Studies*, 12(8), 1189–1216. <https://doi.org/10.1080/0965431042000289296>

- Codorniu, J. M. (2007). El impacto de la Ley de Dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los Cuidados de Larga Duración. *Estudios de Economía Aplicada*, 25(2), 379–406.
- Cohu, S., Lequet-Slama, D., & Volovitch, P. (2006). The Netherlands, reform of the health system based on competition and privatisation. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2(2), 217–238.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L., & Knapp, M. (2007). Cognitive impairment in older people: Future demand for long-term care services and the associated costs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1037–1045. <https://doi.org/10.1002/gps.1830>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Currell, R., Urquhart, C., Wainwright, P., & Lewis, R. (2008). Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3.
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F.J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M. & Perna, R. (2020). *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). Madrid. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Del Pozo, R., & Sotos, F. E. (2012). Nueva fuente de negocio en la Ley de Dependencia. Análisis empírico e implicaciones del cuidado informal tras su cuasi implantación. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 21(4), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.redee.2012.07.004>
- Dewitte, L., Vandenbulcke, M., Schellekens, T., & Dezutter, J. (2019). Sources of well-being for older adults with and without dementia in residential care: relations to presence of meaning and life satisfaction. *Aging and Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1691144>
- Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes-A mixed-methods study. *PeerJ*, 2015(7), e1120. <https://doi.org/10.7717/peerj.1120>
- Durrett, C. (2015). *El Manual del Senior Cohousing. Autonomía personal a través de la comunidad*. Madrid: Dykinson.
- Eichler, M., & Pfau-Effinger, B. (2009). The ‘Consumer Principle’ in the Care of Elderly People: Free Choice and Actual Choice in the German Welfare State. *Social Policy & Administration*, 43(6), 617–633. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2009.00684.x>
- Even-Zohar, A. (2014). Quality of life of older people in Israel: a comparison between older people living at home who are members of a ‘supportive community’ and nursing home residents. *European Journal of Social Work*, 17(5), 737–753. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.930731>
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*, 36(3), 586–612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>

- Ferrand, C., Martinet, G., Deliot, M., & Pont, V. (2019). Need Satisfaction and Frustration in Older People Living in French Nursing Homes. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 32 (2), 69-77. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/A000205>
- Forma, L., Jylhä, M., Pulkki, J., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. (2017). Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2615-3>
- Fundación Pilares (2020). *Declaración conjunta en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración*. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/noticias/200401-cambio-modelo-cuidados.php>
- Giles, L. C., Glonek, G. F. V., Luszcz, M. A. & Andrews, G. R. (2007). Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians? *BMC Geriatrics*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-24>
- Glass, A. P. (2013). Lessons learned from a new Elder Cohousing Community. *Journal of Housing for the Elderly*, 27(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.813426>
- Glass, A. P. (2020). Sense of community, loneliness, and satisfaction in five elder cohousing neighborhoods. *Journal of Women and Aging*, 32(1), 3–27. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681888>
- Gorina, M., Limonero, J. T., Peñart, X., Jiménez, J., & Gassó, J. (2014). Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Atención Primaria*, 46(6), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.011>
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. Nueva York: The Commonwealth Fund.
- Hasche, L. K., Morrow-Howell, N., & Proctor, E. K. (2010). Quality of life outcomes for depressed and nondepressed older adults in community long-term care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 544–553. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc037b>
- Holt-Lunstad, J., Smith, TB, Baker, M, Harris, T, Stephenson, D (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2), 227-237. DOI: 10.1177/1745691614568352
- Hunter, D., & MacPherson, I. (1993). Influencia de los cuidadores informales sobre la provisión de servicios y las decisiones de asignación. En A. Jamieson & R. Illsley (ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG Editores y Fundación de Caja de Madrid.
- Iecovich, E., & Biderman, A. (2013). Quality of life among disabled older adults without cognitive impairment and its relation to attendance in day care centres. *Ageing and Society*, 33(4), 627–643. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000104>
- IMSERSO. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Madrid: IMSERSO.

- IVIE (2019). *La economía del envejecimiento en la Comunitat Valenciana*. Valencia: IvielAB.
- Jamieson, H., Abey-Nesbit, R., Bergler, U., Keeling, S., Schluter, P. J., Scrase, R., & Lacey, C. (2019). Evaluating the Influence of Social Factors on Aged Residential Care Admission in a National Home Care Assessment Database of Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1419–1424. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.005>
- Jang, Y., Park, N. S., Dominguez, D. D., & Molinari, V. (2014). Social engagement in older residents of assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, 18(5), 642–647. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.866634>
- Díe, L., Fantova, F., & Mota, R. (2014). Capital social y cultural en España (451-532). En G Jaráiz y F. Vidal (coor), *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Johansen, F., & Van den Bosch, S. (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89, 60–73. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2017.04.004>
- Julià, A., & Rojas, A. (2020). La diversitat de la cura de les persones grans en situació de dependència funcional a Barcelona. *Barcelona Societat. Revista de Coneixement i Anàlisi Social*, 25: 1-15.
- Kalbarczyk, M., & Mackiewicz-Łyziak, J. (2020). Impact of Physical Activity by Older People on Long-Term Care Cost Projections in Poland. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(2), 188–200. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1563474>
- Kelley-Gillespie, N. (2012). A Secondary Analysis of Perceptions of Quality of Life of Older Adults Residing in a Nursing Home and Assisted Living Setting Using an Integrated Conceptual Model of Measurement. *Applied Research in Quality of Life*, 7(2), 137–154. <https://doi.org/10.1007/s11482-011-9154-6>
- Kim, B. J. (2014). Mediating effect of Adult Day Health Care (ADHC) and family network on Quality of Life among low-income older Korean immigrants. *Research on Aging*, 36(3), 343–363. <https://doi.org/10.1177/0164027513491971>
- Kim, K. H., & Hwang, E. H. (2017). Comparison of quality of sleep, depression, and life satisfaction between older adults in nursing homes and long-term care hospitals in Korea. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 142–149. <https://doi.org/10.1111/ggi.12651>
- Knecht-Sabres, L. J., del Rosario, E. P., Erb, A. K., Rozko, M., & Guzman, R. (2020). Are the Leisure and Social Needs of Older Adults Residing in Assisted Living Facilities Being Met? *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 38(2), 107–128. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1702134>
- Koch, S., & Hägglund, M. (2009). Health informatics and the delivery of care to older people. *Maturitas*, 63(3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.023>
- Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and Work-Role Conflict: Toward an Understanding of Gender Differences in Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 35(3), 340–348. <https://doi.org/10.1093/geront/35.3.340>

- Lee, H.J., & Song, J.H. (2017). The Factors Affecting the Quality of Life for Korean Elders Placed under Long-Term Care Facilities in South Korea and the United States. *International Information Institute*, 20(3B), 2239–2247.
- León, M., Ranci, C., & Rostgaard, T. (2016). Pressures towards and within universalism: Conceptualising change in care policy and discourse. En M. León (ed.), *The Transformation of Care in European Societies* (pp. 11–33). Londres: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137326515_2
- León-Muñoz, L. M., López-García, E., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Functional status and use of health care services: Longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*, 58(4), 377–386. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.09.008>
- Lillo-Crespo, M., & Riquelme, J. (2018). From home care to care home: a phenomenological case study approach to examining the transition of older people to long-term care in Spain. *Journal of Research in Nursing*, 23(2–3), 161–177. <https://doi.org/10.1177/1744987118755550>
- Liu, S., Ouyang, Z., Chong, A. M., & Wang, H. (2018). Neighborhood Environment, Residential Satisfaction, and Depressive Symptoms Among Older Adults in Residential Care Homes. *International Journal of Aging and Human Development*, 87(3), 268–288. <https://doi.org/10.1177/0091415017730812>
- Lópe, D. (2004). Análisis de la Teleasistencia Domiciliaria: una aproximación al poder y sus espacialidades. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 6, 253–258.
- Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>
- Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Mahtani, V., Fernández, R. L. M., Pedre, E. S., López, V. Y., & Aguilar, P. S. (2009). Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 223. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.005>
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25–47.
- Miralles, Á., & Rey, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132–136.
- Mottram, P., Pitkala, K., & Lees, C. (2002). Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003542>
- O'Dwyer, C. (2015). But does it work? the role of regulation in improving the quality of residential care for older people in Europe. *Quality in Ageing and Older Adults*, 16(2), 118–128. <https://doi.org/10.1108/QAOA-09-2014-0021>
- Ortega, S. G. (ed). (2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Madrid: CES, Consejo Económico y Social.

- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez, Á., García, M. J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Madrid: Working Papers, Fundación BBVA.
- Park, N. S., Jang, Y., Lee, B. S., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2012). Willingness to Use Mental Health Services Among Older Residents in Assisted Living. *Journal of Applied Gerontology*, 31(4), 562–579. <https://doi.org/10.1177/0733464810392373>
- Park, S., & Sok, S. R. (2020). Relation Modeling of Factors Influencing Life Satisfaction and Adaptation of Korean Older Adults in Long-Term Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 317. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010317>
- Pascual-Leone, Á., Fernández, Á., & Bartrés-Faz, D. (2010). *El cerebro que cura*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. (1993). Research into informal caregiving: Current perspectives and future directions. En S.H. Zarit, L.I. Pearlin & KW. Schaie (ed.), *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers* (pp. 155–167). Londres: Taylor and Francis.
- Pinazo-Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo-Hernandis y M. Sánchez (dir.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 221–258). Madrid: Pearson Educación.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020a). La soledad en Europa: estudios e intervenciones en diferentes países (pp.157-172). En VV.AA., *La soledad no buscada. Modelos de políticas públicas y compromiso de la ciudadanía. Colección Jornadas sobre Derechos Humanos*, 22. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020b). Intervenciones en soledad (pp. 161-189). En J. Yanguas (ed), *El reto de la soledad en las personas mayores*. Barcelona: Fundación Bancaria "la Caixa".
- Poveda, R., Pinazo-Hernandis, S., Munuera, P. y Belda, J. M. (2019). Identificación de factores clave en el desarrollo de tecnologías para la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. *Paraninfo Digital*, 13 (30): e30112
- Prieto-Flores, M. E., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health and Place*, 17(6), 1183–1190. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Procter, R., Wherton, J., Greenhalgh, T., Sugarhood, P., Rouncefield, M., & Hinder, S. (2016). Telecare Call Centre Work and Ageing in Place. *Computer Supported Cooperative Work: CSCW: An International Journal*, 25(1), 79–105. <https://doi.org/10.1007/s10606-015-9242-5>
- Puplampu, V. (2019). Forming and Living in a Seniors' Cohousing: The Impact on Older Adults' Healthy Aging in Place. *Journal of Aging and Environment*, 34 (3), 252-269. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1656134>

- Puplambu, V., Matthews, E., Puplambu, G., Gross, M., Pathak, S., & Peters, S. (2019). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Canadian Journal on Aging*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000448>
- Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. *UN Research Institute for Social Development*, UNRISD(05)/G326/no.3 programme papers on gender and development.
- Roberts, C., Mort, M., & Milligan, C. (2012). Calling for Care: 'Disembodied' Work, Teleoperators and Older People Living at Home. *Sociology*, 46(3), 490–506. <https://doi.org/10.1177/0038038511422551>
- Rodrigues, R., Ilinca, S., & Schmidt, A. E. (2018). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. *Health Economics*, 27(3), 637–646. <https://doi.org/10.1002/hec.3607>
- Rodríguez, G., Rodríguez, P., de La Cruz, O., Vilà, A., & López-Trigo, J. A. (2016). *Los cuidados de larga duración: el modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AICP)*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159–166.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Roger, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393–405.
- Sáez, J., Pinazo-Hernandis, S., & Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 75–94.
- Saito, M., Aida, J., Kondo, N., Saito, J., Kato, H., Ota, Y., Amemiya, A., & Kondo, K. (2019). Reduced long-term care cost by social participation among older Japanese adults: A prospective follow-up study in JAGES. *BMJ Open*, 9(3), e024439. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024439>
- Sánchez, J. L., & Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 20–34.
- Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M. R., Rasti, M., & Kavi, E. (2020). A comparative study of perceived social support and depression among elderly members of senior day centers, elderly residents in nursing homes, and elderly living at home. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 160–165. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18
- Shafique, A. (2018). *Co-living and the common good. Report*. Londres: Action and Research Centre.

- Shigekawa E., Fix M., Corbett G., Roby D.H., Coffman J. (2018). The Current State of Telehealth Evidence: A rapid review. *Health Aff*, 37: 1975-1982. doi: 10.1377/hlthaff.2018.05132.
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2243-2251. <https://doi.org/10.1111/jgs.13088>
- Suanet, B., Van Groenou, M. B., & Van Tilburg, T. (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? *Ageing and Society*, 32(3), 491–515. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000390>
- Sullivan, L. J., & Asselin, M. E. (2013). Revisiting Quality of Life for Elders in Long-Term Care: An Integrative Review. *Nursing Forum*, 48(3), 191–204. <https://doi.org/10.1111/nuf.12030>
- Swinkels, J. C., Suanet, B., Deeg, D. J., & Van Groenou, M. I. B. (2016). Trends in the informal and formal home-care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012. *Ageing and Society*, 36(9), 1870–1890. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1500077X>
- Van der Boom, H. (2008). Home nursing in Europe: patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Maastricht: Aksant Academic Publishers.
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>
- Vancea, M., & Solé-Casals, J. (2016). Population Aging in the European Information Societies: Towards a Comprehensive Research Agenda in eHealth Innovations for Elderly. *Aging and Disease*, 7(4), 526. <https://doi.org/10.14336/AD.2015.1214>
- Vitorino, L., Paskulin, L., & Vianna, L. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(SPE), 3–11.
- Wang, J., Wang, J., Cao, Y., Jia, S., & Wu, B. (2018). Perceived Empowerment, Social Support, and Quality of Life Among Chinese Older Residents in Long-Term Care Facilities. *Journal of Aging and Health*, 30(10), 1595–1619. <https://doi.org/10.1177/0898264318795724>
- Ward, D., Drahota, A., Gal, D., Severs, M., & Dean, T. P. (2008). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003164.pub2>
- Wilkinson, T. J., Kiata, L. J., Peri, K., Robinson, E. M., & Kerse, N. M. (2012). Quality of life for older people in residential care is related to connectedness, willingness to enter care, and co-residents. *Australasian Journal on Ageing*, 31(1), 52–55. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00503.x>

- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernandez, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S & Segura, C. (2018a). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75.
- Yanguas, J., Pinazo-Hernandis, S. & Tarazona, F (2018b). The complexity of loneliness. *Acta Biomédica*, 89 (2), 302-314. doi: 10.23750/abm.v89i2.7404
- Young, C., Hall, A. M., Gonçalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., Van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009844.pub2>
- Zadworna-Cieślak, M. (2020). Spirituality, satisfaction with life and health-related behavior of older residents of long-term care institutions: a pilot study. *Explore*, 16(2), 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.07.016>
- Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: Modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho Social y Empresa*, 8, 19–39.
- Zueras, P., & Ajenjo, M. (2010). Modelos de convivencia de las personas mayores en Cataluña. Impacto del deterioro de la salud en la independencia residencial. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(5), 259–266. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.04.009>

Estudios identificados en la revisión sistemática



- Araya, A. X., Herrera, M. S., Iriarte, E., & Rioja, R. (2018). Changes in social psychological and functional variables among older people attending a day care center. *Revista Medica de Chile*, 146(8), 864–871. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000800864>
- Barocca de Moura, G. y Pinazo-Hernandis, S. (2013). Social representations of immigration, care and elderly caregivers. *Psicología & Sociedade*, 25 81.
- Bilotta, C., Bergamaschini, L., Spreafico, S., & Vergani, C. (2010). Day care centre attendance and quality of life in depressed older adults living in the community. *European Journal of Ageing*, 7(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0138-4>
- Brainard, J. S., Rushton, S., Winters, T., & Hunter, P. R. (2020). Introduction to and spread of COVID-19 in care homes in Norfolk, UK. *MedRxiv* (prepublicación) <https://doi.org/10.1101/2020.06.17.20133629>
- Brown, L., Forster, A., Young, J., Crocker, T., Benham, A., & Langhorne, P. (2015). Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001730.pub3>
- Buckinx, F., Reginster, J. Y., Petermans, J., Croisier, J. L., Beudart, C., Brunois, T., & Bruyère, O. (2016). Relationship between frailty, physical performance and quality of life among nursing home residents: the SENIOR cohort. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(6), 1149–1157. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0616-4>
- Buffel, T., Rémillard-Boilard, S., & Phillipson, C. (2018). Pour des villes amies des aînés: programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain. *Retraite et Société*, 79, 43–60. <https://doi.org/10.3917/rs1.079.0043>
- Burack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P., & Annunziato, R. A. (2012). What matters most to nursing home elders: Quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.08.002>
- Calvo, J. J., Garmendia, P., Izaguirre, A., Mendiluce, N., Martinez, C., & Bueno Yañez, O. (2018). Hospitalizaciones derivadas desde un centro gerontológico con dos modelos de atención sanitaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53, 95. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.231>
- Casanova, G., Lamura, G., & Principi, A. (2017). Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of Recent Developments in Italy and Spain. *Journal of Aging and Social Policy*, 29(3), 201–217. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1236640>
- Chao, S. F., & Chen, Y. C. (2019). Environment patterns and mental health of older adults in long-term care facilities: the role of activity profiles. *Aging and Mental Health*, 23(10), 1307–1316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1484889>

- Chappell, N. L., Havens, B., Hollander, M. J., Miller, J. A., & McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist*, 44(3), 389–400. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.389>
- Chen, Y. C., Lin, K. C., Wu, C. Y., Chen, C. J., & Hsieh, Y. W. (2019). Determinants of quality of life in the older residents of long-term care facilities using the world health organization international classification of functioning, disability and health framework in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 42(16), 2325–2333. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1559888>
- Chippis, J., & Jarvis, M. A. (2016). Social capital and mental well-being of older people residing in a residential care facility in Durban, South Africa. *Aging and Mental Health*, 20(12), 1264–1270. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1105196>
- Choi, J. S. (2004). Evaluation of community planning and life of senior cohousing projects in Northern European countries. *European Planning Studies*, 12(8), 1189–1216. <https://doi.org/10.1080/0965431042000289296>
- Dewitte, L., Vandenbulcke, M., Schellekens, T., & Dezutter, J. (2019). Sources of well-being for older adults with and without dementia in residential care: relations to presence of meaning and life satisfaction. *Aging and Mental Health*, 15, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1691144>
- Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes—A mixed-methods study. *PeerJ*, 2015(7), e1120. <https://doi.org/10.7717/peerj.1120>
- Even-Zohar, A. (2014). Quality of life of older people in Israel: a comparison between older people living at home who are members of a ‘supportive community’ and nursing home residents. *European Journal of Social Work*, 17(5), 737–753. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.930731>
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*, 36(3), 586–612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>
- Ferrand, C., Martinet, G., Deliot, M., & Pont, V. (2019). Need Satisfaction and Frustration in Older People Living in French Nursing Homes. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 32(2), 69–77. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/A000205>
- Forma, L., Jylhä, M., Pulkki, J., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. (2017). Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2615-3>
- Giles, L. C., Glonek, G. F. V., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2007). Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians? *BMC Geriatrics*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-24>
- Glass, A. P. (2013). Lessons Learned from a new Elder Cohousing Community. *Journal of Housing for the Elderly*, 27(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.813426>

- Glass, A. P. (2020). Sense of community, loneliness, and satisfaction in five elder cohousing neighborhoods. *Journal of Women and Aging*, 32(1), 3–27. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681888>
- Gorina, M., Limonero, J. T., Peñart, X., Jiménez, J., & Gassó, J. (2014). Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Atencion Primaria*, 46(6), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.011>
- Hasche, L. K., Morrow-Howell, N., & Proctor, E. K. (2010). Quality of life outcomes for depressed and nondepressed older adults in community long-term care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 544–553. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc037b>
- Iecovich, E., & Biderman, A. (2013). Quality of life among disabled older adults without cognitive impairment and its relation to attendance in day care centres. *Ageing and Society*, 33(4), 627–643. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000104>
- Jamieson, H., Abey-Nesbit, R., Bergler, U., Keeling, S., Schluter, P. J., Scrase, R., & Lacey, C. (2019). Evaluating the Influence of Social Factors on Aged Residential Care Admission in a National Home Care Assessment Database of Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1419–1424. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.005>
- Jang, Y., Park, N. S., Dominguez, D. D., & Molinari, V. (2014). Social engagement in older residents of assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, 18(5), 642–647. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.866634>
- Kalbarczyk, M., & Mackiewicz-Łyziak, J. (2020). Impact of Physical Activity by Older People on Long-Term Care Cost Projections in Poland. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(2), 188–200. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1563474>
- Kelley-Gillespie, N. (2012). A Secondary Analysis of Perceptions of Quality of Life of Older Adults Residing in a Nursing Home and Assisted Living Setting Using an Integrated Conceptual Model of Measurement. *Applied Research in Quality of Life*, 7(2), 137–154. <https://doi.org/10.1007/s11482-011-9154-6>
- Kim, B. J. (2014). Mediating effect of Adult Day Health Care and family network on Quality of Life among low-income older Korean immigrants. *Research on Aging*, 36(3), 343–363. <https://doi.org/10.1177/0164027513491971>
- Kim, K. H., & Hwang, E. H. (2017). Comparison of quality of sleep, depression, and life satisfaction between older adults in nursing homes and long-term care hospitals in Korea. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 142–149. <https://doi.org/10.1111/ggi.12651>
- Knecht-Sabres, L. J., del Rosario, E. P., Erb, A. K., Rozko, M., & Guzman, R. (2020). Are the Leisure and Social Needs of Older Adults Residing in Assisted Living Facilities Being Met? *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 38(2), 107–128. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1702134>
- Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and Work-Role Conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, 35(3), 340–348. <https://doi.org/10.1093/geront/35.3.340>

- Lee, H.J., & Song, J.H. (2017). Factors Affecting the Quality of Life for Korean Elders Placed under Long-Term Care Facilities in South Korea and the United States. *International Information Institute. Information*, 20(3B), 2239–2247.
- León-Muñoz, L. M., López-García, E., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Functional status and use of health care services: Longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*, 58(4), 377–386. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.09.008>
- Lillo-Crespo, M., & Riquelme, J. (2018). From home care to care home: a phenomenological case study approach to examining the transition of older people to long-term care in Spain. *Journal of Research in Nursing*, 23(2–3), 161–177. <https://doi.org/10.1177/1744987118755550>
- Liu, S., Ouyang, Z., Chong, A. M., & Wang, H. (2018). Neighborhood Environment, Residential Satisfaction, and Depressive Symptoms Among Older Adults in Residential Care Homes. *International Journal of Aging and Human Development*, 87(3), 268–288. <https://doi.org/10.1177/0091415017730812>
- Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>
- Mottram, P., Pitkala, K., & Lees, C. (2002). Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003542>
- O'Dwyer, C. (2015). But does it work? The role of regulation in improving the quality of residential care for older people in Europe. *Quality in Ageing and Older Adults*, 16(2), 118–128. <https://doi.org/10.1108/QAOA-09-2014-0021>
- Park, N. S., Jang, Y., Lee, B. S., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2012). Willingness to Use Mental Health Services Among Older Residents in Assisted Living. *Journal of Applied Gerontology*, 31(4), 562–579. <https://doi.org/10.1177/0733464810392373>
- Park, S., & Sok, S. R. (2020). Relation Modeling of Factors Influencing Life Satisfaction and Adaptation of Korean Older Adults in Long-Term Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 317. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010317>
- Prieto-Flores, M. E., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health and Place*, 17(6), 1183–1190. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Puplampu, V. (2019). Forming and Living in a Seniors' Cohousing: The Impact on Older Adults' Healthy Aging in Place. *Journal of Housing for the Elderly*, 34(3), 252–269. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1656134>
- Puplampu, V., Matthews, E., Puplampu, G., Gross, M., Pathak, S., & Peters, S. (2019). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Canadian Journal on Aging*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000448>

- Rodrigues, R., Ilinca, S., & Schmidt, A. E. (2018). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. *Health Economics*, 27(3), 637–646. <https://doi.org/10.1002/hec.3607>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393–405.
- Saito, M., Aida, J., Kondo, N., Saito, J., Kato, H., Ota, Y., Amemiya, A., & Kondo, K. (2019). Reduced long-term care cost by social participation among older Japanese adults: A prospective follow-up study in JAGES. *BMJ Open*, 9(3), e024439. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024439>
- Seddigh, M., Hazrati, M., Jokar, M., Mansouri, A., Bazrafshan, M. R., Rasti, M., & Kavi, E. (2020). A comparative study of perceived social support and depression among elderly members of senior day centers, elderly residents in nursing homes, and elderly living at home. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 160–165. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_18
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2243–2251. <https://doi.org/10.1111/jgs.13088>
- Suanet, B., Van Groenou, M. B., & Van Tilburg, T. (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? *Ageing and Society*, 32(3), 491–515. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000390>
- Sullivan, L. J., & Asselin, M. E. (2013). Revisiting Quality of Life for Elders in Long-Term Care: An Integrative Review. *Nursing Forum*, 48(3), 191–204. <https://doi.org/10.1111/nuf.12030>
- Swinkels, J. C., Suanet, B., Deeg, D. J., & Van Groenou, M. I. B. (2016). Trends in the informal and formal home-care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012. *Ageing and Society*, 36(9), 1870–1890. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1500077X>
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>
- Vitorino, L., Paskulin, L., & Vianna, L. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 3–11.
- Wang, J., Wang, J., Cao, Y., Jia, S., & Wu, B. (2018). Perceived Empowerment, Social Support, and Quality of Life Among Chinese Older Residents in Long-Term Care Facilities. *Journal of Aging and Health*, 30(10), 1595–1619. <https://doi.org/10.1177/0898264318795724>

- Ward, D., Drahota, A., Gal, D., Severs, M., & Dean, T. P. (2008). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003164.pub2>
- Wilkinson, T. J., Kiata, L. J., Peri, K., Robinson, E. M., & Kerse, N. M. (2012). Quality of life for older people in residential care is related to connectedness, willingness to enter care, and co-residents. *Australasian Journal on Ageing*, 31(1), 52–55. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00503.x>
- Young, C., Hall, A. M., Gonçalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., Van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009844.pub2>
- Zadworna-Cieślak, M. (2020). Spirituality, satisfaction with life and health-related behavior of older residents of long-term care institutions: a pilot study. *Explore*, 16(2), 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.07.016>
- Zueras, P., & Ajenjo, M. (2010). Modelos de convivencia de las personas mayores en Cataluña. Impacto del deterioro de la salud en la independencia residencial. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(5), 259–266. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.04.009>

Estudios identificados en base a criterio experto



- Ayuso, M., Pozo, R., & Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789–798.
- Bermejo, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>
- Burgess, G., & Quinio, V. (2018). Is co-living a housing solution for vulnerable older people? Literature Review. Cambridge: University of Cambridge. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35032.65282>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. Nueva York: Norton & Co.
- Carro, C. F., & Evandrou, M. (2014). Envejecer en casa, ¿preferencia habitacional o falta de alternativas?: un análisis del contexto europeo. En H. Cairo y L. Finkel (ed.), *Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología. Actas del XI Congreso Español de Sociología* (pp. 694–704). Madrid: Federación Española de Sociología.
- Codorniu, J. M. (2007). El impacto de la Ley de dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. *Estudios de Economía Aplicada*, 25(2), 379–406.
- Cohu, S., Lequet-Slama, D., & Volovitch, P. (2006). The Netherlands: reform of the health system based on competition and privatisation. *Revue Francaise des Affaires Sociales*, 2(2), 217–238.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L., & Knapp, M. (2007). Cognitive impairment in older people: Future demand for long-term care services and the associated costs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1037–1045. <https://doi.org/10.1002/gps.1830>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Currell, R., Urquhart, C., Wainwright, P., & Lewis, R. (2008). Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3.
- Pozo, R., & Sotos, F. E. (2012). Nueva fuente de negocio en la Ley de Dependencia. Análisis empírico e implicaciones del cuidado informal tras su cuasi implantación. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 21(4), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.redee.2012.07.004>
- Durrett, C. (2015). *El Manual del Senior Cohousing. Autonomía personal a través de la comunidad*. Madrid: Dykinson.

- Eichler, M., & Pfau-Effinger, B. (2009). The 'Consumer Principle' in the Care of Elderly People: Free Choice and Actual Choice in the German Welfare State. *Social Policy & Administration*, 43(6), 617–633. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2009.00684.x>
- Hunter, D., & MacPherson, I. (1993). Influencia de los cuidadores informales sobre la provisión de servicios y las decisiones de asignación. En A. Jamieson & R. Illsley (ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona, SG Editores y Fundación de Caja de Madrid.
- Johansen, F., & Van den Bosch, S. (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89, 60–73. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2017.04.004>
- Koch, S., & Hägglund, M. (2009). Health informatics and the delivery of care to older people. *Maturitas*, 63(3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.023>
- León, M., Ranci, C., & Rostgaard, T. (2016). Pressures towards and within universalism: Conceptualising change in care policy and discourse. En M. León (ed.), *The Transformation of Care in European Societies* (pp. 11–33). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137326515_2
- López, D. (2004). Análisis de la Teleasistencia Domiciliaria: una aproximación al poder y sus espacialidades. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 6, 253–258.
- Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Mahtani, V., Fernández, R. L. M., Pedre, E. S., López, V. Y., & Aguilar, P. S. (2009). Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 223. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.005>
- Miralles, Á., & Rey, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132–136.
- Pascual-Leone, Á., Fernández, Á., & Bartrés-Faz, D. (2010). *El cerebro que cura*. Madrid: Plataforma Editorial.
- Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. (1993). *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers*. Psychology Press.
- Pinazo Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 221–258). Madrid: Pearson Educación.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252–282.
- Procter, R., Wherton, J., Greenhalgh, T., Sugarhood, P., Rouncefield, M., & Hinder, S. (2016). Telecare Call Centre Work and Ageing in Place. *Computer Supported Cooperative Work: CSCW: An International Journal*, 25(1), 79–105. <https://doi.org/10.1007/s10606-015-9242-5>

- Roberts, C., Mort, M., & Milligan, C. (2012). Calling for Care: 'Disembodied' Work, Teleoperators and Older People Living at Home. *Sociology*, 46(3), 490–506. <https://doi.org/10.1177/0038038511422551>
- Rodríguez, G., Rodríguez, P., de La Cruz, O., Vilà, A., & López-Trigo, J. A. (2016). *Los cuidados de larga duración: el modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona* (AICP). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159–166.
- Sáez, J., Pinazo-Hernandis, S., & Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 75–94.
- Sánchez, J. L., & Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 20–34.
- Van der Boom, H. (2008). Home nursing in Europe: patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Tesis doctoral no publicada. Universiteit Maastricht.
- Vancea, M., & Solé-Casals, J. (2016). Population Aging in the European Information Societies: Towards a Comprehensive Research Agenda in eHealth Innovations for Elderly. *Aging and Disease*, 7(4), 526. <https://doi.org/10.14336/AD.2015.1214>
- Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: Modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho Social y Empresa*, 8, 19–39.

Informes



- Arriba, A., & Moreno, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Colección Estudios, Serie Dependencia, 12007. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). ISBN 84-8446-106-7
- Bonafont, A. (2020). *Atención centrada en la persona: Historia de Vida y plan personalizado de atención y de apoyo al proyecto de vida*. Fundación Pilares, Guía 5. ISBN: 978-84-09-06952-1
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. Nueva York: The Commonwealth Fund.
- IMSERSO. (2011). *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid: IMSERSO.
- IVIE (2019). *La economía del envejecimiento en la Comunitat Valenciana*. Valencia: IviELAB.
- Jaraíz, G., Fernando, A., Fernández, V., Olmos, L. D., Fantova, F., & Mota, R. (2014). Capital social y cultural en España. En VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España (pp. 452-532). Madrid: Fundación FOESSA.
- Julià, A., & Rojas, A. (2020). La diversitat de la cura de les persones grans en situació de dependència funcional a Barcelona. *Barcelona Societat. Revista de Coneixement i Anàlisi Social*, 25, 42-57.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Ortega, S. G. (ed). (2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Madrid: CES, Consejo Económico y Social España.
- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez, Á., García, M. J., (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Madrid: Working Papers, Fundación BBVA.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Nueva York: UN Research Institute for Social Development, UNRISD(05)/G326/no. 3.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Shafique, A. (2018). *Co-living and the common good*. Londres: Action and Research Centre.



Fundación "la Caixa"