

Societats longeves *davant el repte de les cures de llarga durada*

Revisió de literatura
científica i especialitzada

L'Observatori Social de la Fundació "la Caixa"
Abril de 2021

AUTORES DE L'INFORME:

SACRAMENTO PINAZO HERNANDIS, Universitat de València
CLARA COSTAS, KSNET
ELENA COSTAS PÉREZ, KSNET

Índex

RESUM EXECUTIU	4
Tenir més persones grans i més longeves implica un augment de la necessitat de recursos variats i centrats en la persona	4
CAPÍTOL 1. Introducció a les cures de llarga durada	8
En qüestió de longevitat, la rapidesa amb què se succeeixen els avenços mèdics ha pres avantatge a les polítiques socials	8
Com més augmenta l'esperança de vida d'una societat, més grans són les necessitats de prestació de cures de llarga durada	9
La coordinació entre sistemes.....	10
CAPÍTOL 2. Les cures de llarga durada: costos, satisfacció i models	12
Les cures de llarga durada, una necessitat creixent per a cada vegada més persones, durant més temps .	12
Els costos de les cures de llarga durada a Espanya: un repte que requereix més atenció per part de la societat.....	13
Cuidadora: gènere femení i singular	14
Independentment de l'entorn residencial en què es reben les cures, s'aprecia un interès creixent per la satisfacció de la persona usuària.....	15
Els diversos models d'atenció a la dependència a Europa presenten règims reguladors diferenciats....	15
CAPÍTOL 3. Les cures al domicili	17
Preferència clara per seguir vivint a casa durant el procés d'envelliment mentre sigui possible.....	17
El grau de dependència i la relació amb la família són determinants per a la definició del tipus de cures de llarga durada prestades.....	18
El recurs principal: les cures no professionals	18
Una sèrie de serveis afavoreixen la permanència al domicili	22
La teleassistència com a font de seguretat per a persones en situació de dependència i els seus familiars.....	22
Els centres de dia o centres diürns com a facilitadors del manteniment de les capacitats físiques i cognitives	23
La potencialitat de la telemedicina i les barreres que encara en frenen la implantació plena	24
CAPÍTOL 4. Les cures en institucions residencials	25
Els equipaments residencials	25
La importància de les relacions socials com a element central per mantenir un bon estat d'ànim i de salut ...	26
Tipus d'equipaments residencials	26
CAPÍTOL 5. La soledat residencial i les noves opcions de convivència	30
Noves opcions de convivència per desenvolupar	32
CONCLUSIONS	33
Societats longeves	33
Necessitat de cures de llarga durada durant més temps	33
Diversos models de cures de llarga durada, diferents recursos segons comunitats autònomes	34
Manca de coordinació de serveis i nivells socio-sanitaris.....	35
<i>Ageing in place</i>	35
La COVID-19	35
REPTES DE FUTUR EN LES CURES DE LLARGA DURADA	36
FITXA TÈCNICA. Metodologia de selecció de la literatura revisada	40
Revisió sistemàtica de la literatura i selecció basada en criteri expert	40
Característiques de l'evidència trobada	42
BIBLIOGRAFIA	43
Referències bibliogràfiques.....	43
Estudis identificats en la revisió sistemàtica	53
Estudis identificats d'acord amb criteri expert	58
Informes	62

Resum *executiu*

Tenir més persones grans i més longeves implica un augment de la necessitat de recursos variats i centrats en la persona

Idees clau

- 1** Les cures de llarga durada són, segons l'Organització Mundial de la Salut, el sistema d'accions dutes a terme per cuidadors no formals (família, amics o veïns) o professionals (sanitaris, socials o altres), o per tots dos, per aconseguir que una persona que no pugui fer les activitats bàsiques de la vida diària de manera independent mantingui la millor qualitat de vida possible, d'acord amb les seves preferències individuals i amb el major grau possible d'autonomia, participació, realització personal i dignitat humana. El respecte als drets humans ha de ser sempre present.
- 2** Els avenços científics en salut i tecnologia i la millora de les condicions de vida de la població europea han permès estendre l'esperança de vida fins a uns límits sense precedents, fet que suposa un gran repte, no només sanitari i social, sinó també en àmbits com les cures, l'habitatge, l'economia i, sobretot, les polítiques públiques.
- 3** La COVID-19 ha tingut un gran impacte entre les persones més vulnerables i ha situat el tema de les cures a les persones grans i en situació de dependència a l'epicentre del debat públic. Sobretot, en relació amb el respecte que caldria prestar als drets i voluntats de totes les persones grans, incloses aquelles que es troben en els últims moments de vida i les que viuen amb alguna mena de deteriorament cognitiu o físic greu i/o amb alts nivells de dependència. La integració de polítiques públiques des dels diferents sectors entorn d'objectius comuns és una cosa molt necessària però alhora molt complexa. Durant la pandèmia per COVID-19 la necessitat d'una coordinació entre els diferents sistemes ha quedat manifesta, ja que una coordinació sociosanitària ineficaç provoca més pressió assistencial sanitària, desatenció i morts en excés.
- 4** El sistema sanitari i el sistema social són una part necessària de l'estat del benestar, situats en un lloc central del model de protecció. L'adopció d'un model de coordinació sociosanitària presenta clares oportunitats en l'atenció a les persones: d'una banda, una mirada integral i integradora de les persones, en què els serveis d'atenció i cures giren al seu voltant i no a l'inrevés, i, de l'altra, l'optimització dels recursos públics i privats destinats a l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada.
- 5** Les cures al domicili són serveis de suport per a persones en situació de dependència que volen seguir vivint al seu domicili. Envellir a casa és una preferència

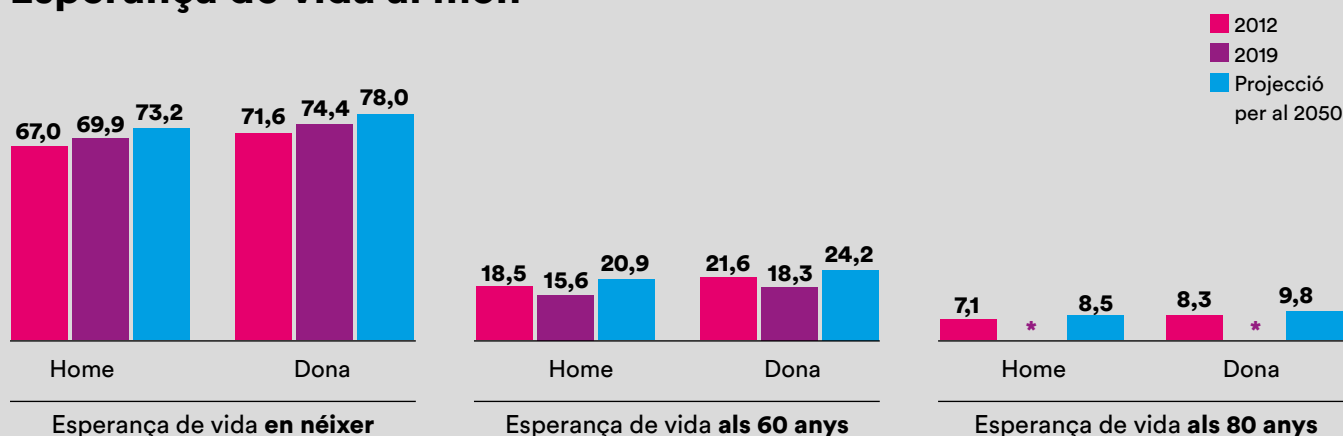


que ha estat destacada sempre en la literatura científica per totes les persones que envelleixen, incloses les que necessiten cures de llarga durada.

- 6 En el catàleg de serveis de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (art. 15), hi consten diversos recursos i serveis de prevenció i atenció a les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal: el Servei de Teleassistència, el Servei d'Ajuda a Domicili, el Servei de Centres de Dia/Nit i el Servei d'Atenció Residencial. Amb l'excepció de l'atenció residencial, la resta dels serveis estan enfocats a millorar la qualitat de vida de les persones que no estan institucionalitzades i permetre'ls allargar el període de vida a la llar.

Indicadors d'envelliment global:

Esperança de vida al món



*No hi ha dades per 2019.

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

AL MÓN

Al món hi ha gairebé **703 milions** de persones més grans de 65 anys i s'espera que en siguin més de 997 milions el 2050.

L'esperança de vida augmenta al món, tal com podem observar en la taula, en què apareixen dades de 2012, 2019 i les projeccions per al 2050. També hi podem veure diferències clares per sexe, amb una major esperança de vida per a les dones. En les dades de 2019 aquestes diferències són de gairebé 5 anys d'esperança de vida en néixer. En el cas de les persones que ja tenen 60 anys, la seva esperança de vida el 2019 era de 15-18 anys més i serà de 20-24 anys més el 2020.

A ESPANYA

En el cas d'Espanya, si el 2019 hi havia 9.183.000 persones més grans de 65 anys, s'espera que el nombre augmenti a 11.575.000 persones el 2030. **Si la taxa de dependència (proporció existent entre la població dependent i l'activa) el 2019 era de 32,2, s'espera que el 2030 sigui de 43,2.**

Propostes d'actuació:



Drets i paper social:

Cal assegurar que **totes les persones puguin envellir amb dignitat**, seguretat, autonomia i intimitat. Hi ha moltes evidències sobre les múltiples contribucions que les persones grans fan a les seves societats, però les actituds discriminatòries envers les persones grans no només invisibilitzen les aportacions que fan aquestes persones, sinó que, a més, anul·len el capital humà que suposen les persones grans com a agents de canvi i de desenvolupament econòmic i social.



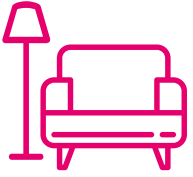
Les cures han de girar entorn de les persones i les seves necessitats:

Els entorns físics i socials en què vivim també influeixen en l'envelliment saludable. **Les cures a llarg termini són més que satisfer les necessitats bàsiques**; es tracta de preservar els drets de les persones grans, les llibertats fonamentals i la dignitat humana. Per fer-ho possible, les persones que cuiden (cures formals i informals) necessiten una formació i un suport adequats. La responsabilitat de les cures a llarg termini ha de ser compartida entre les famílies, els governs i altres sectors.



Polítiques públiques:

El debat actual entorn del tema de les cures de llarga durada destaca les necessitats següents: a) una **revisió urgent del model actual d'atenció a persones** que necessiten suport o cures per tenir una vida plena; b) respostes diverses, globals i ecosistèmiques; c) augment del finançament públic dels diferents serveis de suports i cures de llarga durada, que actualment és escàs i amb moltes diferències en les diverses comunitats autònomes; d) augment dels mitjans disponibles per garantir unes cures adequades en els diferents llocs on les persones volen viure, i e) coordinació dels diferents agents implicats en les cures (famílies, serveis socials, serveis de proximitat, ajuda a domicili, atenció primària i especialitzada, hospitals, voluntariat i participació comunitària).



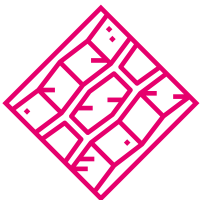
Envellir a casa: reptes i oportunitats:

Les persones s'estimen més envellir a casa seva amb qualitat de vida, però n'hi ha que requereixen cures específiques i continuades que s'han de donar en entorns residencials. Cal augmentar el nombre i la varietat de recursos d'atenció al domicili i cal que hi hagi una normativa comuna d'exigències en les cures residencials en l'àmbit estatal. L'atenció a la dependència ha d'anar orientada a millorar la qualitat de vida de les persones. L'atenció a les situacions de dependència és font de desenvolupament econòmic i de creació d'ocupació.



La xarxa de les cures:

Cal una **coordinació sociosanitària de les cures** per optimitzar recursos i atendre les persones de manera integral. Hem de parlar de cures sociosanitàries i això implica unes cures de salut física, cognitiva, emocional i social.



Un mosaic de necessitats:

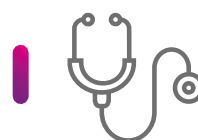
El grup de població que formen les persones més grans de 65 anys **no és un grup homogeni sobre el qual dissenyar i implementar polítiques genèriques**. Representa una diversitat tan gran com qualsevol altre grup social, amb interessos particulars i específics. A més, cal una mirada de gènere a les cures i a l'envelliment, perquè hi ha més dones cuidadores i més dones grans en situació de fragilitat i vulnerabilitat social.

Capítol 1

Introducció a les *cures* *de llarga* *durada*



En qüestió de longevitat, la rapidesa amb què se succeeixen els avenços mèdics ha pres avantatge a les polítiques socials



Una de les característiques que poden definir les societats actuals és que són cada vegada més longeves. Hem guanyat anys a la vida i això suposa, en moltes ocasions, l'aparició de malalties cròniques, discapacitat, pèrdua d'autonomia i situacions de dependència relacionades amb l'edat. La vulnerabilitat és intrínseca a la vida humana. Una cosa és l'esperança de vida i una altra de diferent és l'esperança de vida saludable. Els avenços biotecnològics han permès allargar l'esperança de vida fins a uns límits sense precedents (83,3 anys a Espanya). Aquest fet, malgrat que suposa un èxit indiscutible, planteja alhora un dels reptes més grans per als països desenvolupats (i, especialment, per a les polítiques públiques), que és aconseguir reflectir aquest avenç mèdic en la qualitat de vida de les persones grans.

L'envelliment de la població és un repte sense precedents per als països de tot el món. Afecta tots els àmbits i no només el de les cures sanitàries o socials, perquè té conseqüències econòmiques, laborals, etc., que seran cada vegada més importants. S'estima que l'any 2050 a Espanya hi haurà 16 milions de persones més grans de 65 anys, una xifra que suposarà el 33 % de la població total.

Avui més que mai, aquesta qüestió és al focus del debat públic després de l'impacte que ha tingut la COVID-19 entre les persones grans a escala internacional, especialment entre les més vulnerables. Unes taxes més altes d'afectació i mortalitat, que quadrupliquen els índexs generals, i, sobretot, les dificultats en la gestió de la situació han posat sobre la taula les implicacions socials d'aquesta crisi sanitària. En especial, pel que fa al respecte que caldria prestar als drets i voluntats de les persones grans, també en l'última etapa de vida i quan viuen amb alguna mena de deteriorament cognitiu o físic greu i alts nivells de dependència.

Com més augmenta l'esperança de vida d'una societat, més grans són les necessitats de prestació de cures de llarga durada



La generació que arriba actualment a l'edat de jubilació, coneguda com els *baby-boomers*, a causa de l'explosió demogràfica que van suposar, és la més nombrosa que hi ha hagut mai i amb un nivell educatiu i socioeconòmic notablement superior al de les generacions que els van precedir. Això planteja inevitablement l'adaptació dels recursos existents als seus nous interessos i necessitats (Vitorino *et al.*, 2013), perquè, tot i que l'allargament de l'esperança de vida s'hagi donat de manera paral·lela a la millor salut amb què les persones arriben a la vellesa, ha augmentat també el nombre d'anys que una persona pot viure en situació de dependència a causa de la morbiditat (Pearlin & Zarit, 1993; Rogero, 2010).

Les persones que arriben actualment a l'edat de jubilació poden aspirar a viure amb bona salut la meitat dels anys que els queden de vida, però, a mesura que augmenta l'edat, s'incrementa el risc de patir dependència i l'extensió del temps en què un adult gran podrà necessitar cures de llarga durada (en endavant, CLD).

Aquesta realitat posa en evidència els sistemes de prestació de serveis a les situacions de dependència, i situa les CLD a la primera línia del debat públic. Al llarg d'aquest estudi ens referim a les CLD que afecten únicament les persones grans. Les cures de llarga durada són, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el sistema d'accions dutes a terme per cuidadors no formals (família, amics o veïns) o professionals (sanitaris, socials o altres), o per tots dos, per aconseguir que una persona que no pugui fer les activitats bàsiques de la vida diària de manera independent mantingui la millor qualitat de vida possible, d'acord amb les seves preferències individuals i amb el màxim grau possible d'autonomia, participació, realització personal i dignitat humana. El respecte als drets humans hi ha de ser sempre present.

Hi ha diversos factors que influeixen en l'ús i fins i tot en la intenció d'ús de les CLD: variables sociodemogràfiques (edat, gènere, nivell educatiu i econòmic, entorn geogràfic), nivell funcional i necessitats de suport, oferta de recursos i serveis de proximitat, disponibilitat de cures informals, programes d'autocures disponibles, i estil de vida.

L'objectiu d'aquest informe és fer una descripció basada en la revisió sistemàtica de la literatura dels diferents models de provisió de CLD adreçats a les persones grans (en aquest cas, de 65 anys o més) que permeti obtenir una fotografia dels recursos principals existents a partir del lloc on es duen a terme.

Una anàlisi comparativa internacional dels diferents models de CLD és missió impossible, ja que els diferents països tenen diversos règims de prestació de serveis, diferents índexs de cobertura públicoprivada, ofereixen un catàleg de serveis que varia molt dels uns als altres, i fins i tot la nomenclatura i la normativa són molt diferents. Podem veure patrons en alguns països pel que fa a la despesa pública (països del nord d'Europa, països de l'Europa central, països de l'Europa mediterrània, països de l'Europa de l'Est) i un gir d'aquests patrons des de les cures institucionals cap a unes cures domiciliàries, així com una aposta més gran o menys per la innovació. La inversió del PIB i la cobertura en els diferents països varien molt, des de grans inversions en països com Dinamarca fins a inversions menors a Polònia. També podem centrar la mirada en l'intercanvi de suport o en la solidaritat intergeneracional; s'hi observa un pes més gran de la família com a proveïdora d'ajuda als països del sud d'Europa. Les polítiques de governança actuen a diversos nivells. A Espanya, la normativa que regeix les CLD i el pressupost que s'hi destina varia segons la comunitat autònoma o el municipi. Per tant, en aquest informe en posarem uns quants exemples sense pretendre ser exhaustius. En alguns sistemes de CLD els serveis de salut i els socials van units, i en d'altres, com a Espanya, separats.

La coordinació entre sistemes

L'envelliment de la població i l'augment del nombre de persones amb malalties cròniques associat a l'edat, juntament amb els canvis en l'entorn familiar i laboral, han fet augmentar la necessitat d'organitzar i coordinar els serveis sanitaris amb els serveis socials. La idea és que els serveis girin entorn de les persones amb una visió integral. L'atenció sociosanitària neix de la demanda d'atenció de les persones al llarg del cicle vital, tinguin o no situacions de dependència, i no només per atendre les malalties agudes o cròniques, sinó sobretot per prevenir, cuidar i recuperar. De vegades, alguns problemes que poden considerar-se socials a l'inici acaben sent problemes de salut a mitjà o llarg termini, com, per exemple, la soledat.

A Espanya, la necessitat d'una coordinació adequada entre els serveis sanitaris i els serveis socials ha estat objecte de molts estudis nacionals i autonòmics. El primer va ser la Comissió per a l'Anàlisi i l'Avaluació del Sistema Nacional de Salut (Informe Abril), que va anar seguit de l'Acord per a la consolidació i modernització del Sistema Nacional de Salut. En la mateixa Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència s'estableix el principi de col·laboració dels serveis socials i sanitaris en la prestació dels serveis a les persones. El Llibre blanc de la coordinació sociosanitària a Espanya també va parlar d'aquesta necessitat.

Tanmateix, malgrat tots aquests comitès, anàlisis i reflexions, s'ha avançat poc tot i la necessitat manifestada pels professionals en tants fòrums diferents. Aquí cal esmentar unes quantes iniciatives, com l'Estratègia de cronicitat en el Sistema Nacional de Salut de 2012, el Document de coordinació i atenció sociosanitària del Consell Assessor de Sanitat de 2013, el Document base per a un atenció integral sociosanitària de 2015, i l'Estratègia de malalties neurodegeneratives de 2016. Algunes d'aquestes estratègies s'han quedat en la primera versió d'«esborrany», i n'hi ha que no han estat aprovades o no hi ha hagut pressupost per posar-les en marxa. Unes altres estratègies han estat desenvolupades per comunitats autònomes amb més o menys èxit.



La integració en polítiques públiques de diferents sectors al voltant d'objectius comuns és tan necessària com complexa. Durant la pandèmia per COVID-19, la necessitat d'una coordinació entre diferents sistemes ha quedat manifesta. Una coordinació sociosanitària ineficaç provoca més pressió assistencial sanitària.

Segons l'informe publicat pel CSIC (Del Pino *et al.*, 2020), «la (des)coordinació intersectorial en molts llocs del territori nacional ha demostrat ser una de les claus explicatives de la magnitud assolida per aquesta crisi, tant en l'àmbit politicoadministratiu (ministeris i conselleries) com en l'organitzatiu (residències i centres sanitaris)».

El sistema sanitari i el sistema social són una part necessària de l'estat del benestar, situada a l'epicentre del model de protecció. L'adopció d'un model de coordinació sociosanitària representa oportunitats clares en l'atenció a les persones que sintetitzarem en dues: una mirada integral i integradora de les persones en què els serveis d'atenció i cures girin entorn d'elles (i no a l'inrevés) i l'optimització dels recursos públics i privats destinats a l'atenció de les persones que necessiten CLD.

*La integració en polítiques públiques de diferents
sectors al voltant d'objectius comuns
és tan necessària com complexa.
Una coordinació sociosanitària ineficaç
provoca més pressió assistencial sanitària*

Capítol 2

Les cures de llarga durada: costos, satisfacció i models



Les cures de llarga durada, una necessitat creixent per a cada vegada més persones, durant més temps



Més enllà de la diversitat de significats que pot haver-hi en cadascun dels conceptes de l'univers de les CLD, es fa present una realitat: cada vegada hi ha més persones que les necessitaran, i durant més temps. En un context de societats cada cop més longeves i amb taxes de natalitat baixes, el manteniment i l'ampliació de les CLD constitueixen alhora una necessitat i un repte creixents (Brainard *et al.*, 2020). És urgent innovar per crear serveis i recursos nous i diversos.

Si bé en general han augmentat les cobertures assistencials d'atenció i es detecta un interès i un esforç més grans al llarg dels últims anys a fer un gir cap al Model d'atenció integral centrada en la persona (MAICP), també s'observa una preocupació creixent per no poder assumir el cost que suposa el manteniment de la qualitat de vida de les persones grans (Rodríguez, 2004; Codorniu, 2007; Sáez *et al.*, 2008).

El Model d'atenció integral centrada en la persona posa l'eix de les cures en la persona. Davant d'una fragmentació de serveis, advoca per una integralitat. Convé conèixer les necessitats i preferències de les persones per poder oferir els serveis més adequats, que, a més, poden ser canviants en el temps.

Els costos de les cures de llarga durada a Espanya: un repte que requereix més atenció per part de la societat



L'anàlisi dels models de CLD no pot ser aliena als seus costos i les vies per finançar-los. L'augment de la longevitat de la població comporta un augment de la despesa pública associada a les malalties cròniques, les situacions de dependència i les cures. Un exemple d'això és la implantació i el desenvolupament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que va néixer amb l'objectiu d'ampliar i millorar el sistema de protecció social en l'atenció a les persones en situació de dependència. A l'inici es va estimar que comportaria un increment de la despesa social, d'entre mig punt i un punt del PIB, i es va situar entorn de l'1 % (Codorniu, 2007).

No obstant això, amb dades de l'OCDE (Health Statistics), l'any 2017 el cost dels serveis i prestacions que van rebre les persones en situació de dependència d'Espanya va rondar el 0,7 % del PIB, valor que suposa menys de la meitat de la mitjana dels països de l'OCDE (1,7 %). D'altra banda, el Ministeri d'Economia i Empresa preveu que les despeses en CLD augmentaran 1,3 punts percentuals en els pròxims 50 anys, i arribaran a representar més del 2 % del PIB nacional. Es tracta d'una despesa que encara és baixa, i més encara tenint en compte que, a Espanya, les CLD les brinden principalment les famílies a través de cures no formals, i el valor d'aquestes cures no s'inclou en calcular la despesa pública destinada a l'atenció a les persones grans.

Cal destacar que, malgrat el canvi de perspectiva en l'abordament de la qüestió que es va fer amb la creació de la Llei de promoció de l'autonomia i atenció a les persones en situació de dependència, que al seu moment va suposar una fita en termes de cobertura de necessitats, les restriccions pressupostàries derivades de la crisi econòmica de 2010 han incidit en el retard de les etapes en què se'n preveia el desplegament. La retallada dràstica de la despesa pública (especialment a partir del RD 20/2012, de 13 de juliol, de mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat) ha tingut repercussions de caràcter limitador que condicionen i condicionaran l'aplicació de la Llei (Ortega, 2013). La crisi sanitària i social de 2020 per la COVID-19 ha posat sobre la taula totes aquestes mancances tan denunciades i la fragilitat del model de cures.

L'any 2017 el cost dels serveis i prestacions que van rebre les persones en situació de dependència d'Espanya va rondar el 0,7 % del PIB, valor que suposa menys de la meitat de la mitjana dels països de l'OCDE (1,7 %)

Cuidadora: gènere femení i singular



Malgrat la diversitat en la intensitat de la despesa social, el ventall de recursos existents és força similar entre països, i també s'aprecia com, a escala internacional, tant les persones en situació de dependència com les persones cuidades (entès en el sentit més ampli, equivalent al concepte *care* anglosaxó) són majoritàriament dones. Dues terceres parts de les persones que reben les CLD són dones, i això és degut al fet que les dones tenen més esperança de vida i viuen sovint més anys en situació de dependència, ja que tots els anys de vida no són lliures de discapacitat.¹

Sigui quin sigui el model analitzat, bé en el marc de la llar (cures formals i informals) o institucionalitzat, són majoritàriament les dones les que desenvolupen aquestes tasques (Kramer & Kipnis, 1995). I, a més, sovint són cuidadores úniques. Les dades del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), que analitza mensualment les dades de sol·licituds, beneficiaris i prestacions, informen del 89 % de cuidadores no professionals dones (53.000 persones, segons les dades d'octubre de 2020).

Segons l'Enquesta de Població Activa (EPA) de l'INE, només el 5 % dels cuidadors són homes. Cal tenir en compte, no obstant això, que l'EPA només mostra la punta de l'iceberg del benestar, que són les cures professionals, i queda sota la superfície el gruix de les cures a persones en situació de dependència, que són de caràcter no remunerat (Rogeró, 2010). Segons el Ministeri de Sanitat i Igualtat, tres quartes parts dels cuidadors principals són dones, i també hi ha un biaix notable en qüestió d'origen i classe social (Razavi, 2007).

No entrarem aquí a definir en profunditat què significa cuidar, perquè seria massa extens, però sí que direm que les cures impliquen una relació amb l'altre en què cal tenir en compte els desitjos i les necessitats del receptor com a guia d'acció. La persona és subjecte de les cures, i això convé subratllar-ho, perquè suposa respectar l'altre com a interlocutor, com a persona amb dignitat i drets, i oferir sempre un bon tracte amb una ètica de les cures. Les cures comencen amb un reconeixement de les necessitats de l'altre (*caring about*), l'assumpció de la responsabilitat de les cures (*caring for*) i la realització de les cures (*care giving*). I aquestes cures tenen dimensions diferents: personal, social i política.

Cuidar significa proporcionar ajuda i suport a qui ho necessita, tenint en compte allò que és significatiu per a les persones, la seva història de vida, aplicar els coneixements professionals i/o tècnics necessaris, acompanyar, orientar, facilitar, prendre decisions, i també utilitzar la tecnologia per millorar la qualitat de vida.

Ara bé, podran les màquines substituir les cures humanes? En un món tecnològic com l'actual, l'ús de les TIC, la internet de les coses (IoT), els *wearables* i la robòtica en les cures augmenta cada dia. Robots assistencials, cuidadors i fins i tot robots per pal·liar la soledat. Robots per mantenir-se en contacte amb la família, que controlen la salut, que connecten amb el servei d'emergències si s'activen les alarmes. Robots mecànics, assistents en cirurgia robòtica, robots amb aparença d'animals o d'humans... tota una indústria creixent al voltant de les cures.

Però perquè la tecnologia sigui universal, acceptable i accessible per a tothom, cal dissenyar-la pensant en les persones que la utilitzaran (Poveda *et al.*, 2019), formar-les atenent els seus ritmes i plantejar les noves eines en funció de les competències digitals.

¹ Segons dades del SAAD d'octubre de 2020, el 65 % de les persones beneficiàries d'una prestació per situació de dependència són dones, i suposen el 73 % entre les persones de més de 65 anys.

Independentment de l'entorn residencial en què es reben les cures, s'aprecia un interès creixent per la satisfacció de la persona usuària



Atenent, doncs, al criteri residencial, poden distingir-se dos grans models de prestació de serveis de CLD, que seran ampliat en els pròxims capítols. En primer lloc, hi ha les cures domiciliàries, que poden anar a càrrec d'un familiar de la persona que les requereix (denominat «cuidador informal» o «cuidador no formal») o d'un treballador especialitzat («cuidador formal» o «cuidador professional», amb una prestació de serveis pública o privada). En segon lloc, hi ha les cures prestades en entorns institucionalitzats, com residències, centres sociosanitaris d'estada mitjana o llarga i habitatges o apartaments tutelats.

En general, a partir de la literatura analitzada no es pot determinar que cap d'aquests models sigui, *per se*, millor que la resta, sinó que depenen de les necessitats i les condicions específiques de cada situació concreta i de cada persona. A més, això pot ser canviant i variable en el temps. L'important és la complementarietat dels recursos i els serveis. En aquest sentit, cal destacar que l'eix del debat social i polític en els últims anys se centra cada vegada més en el grau de satisfacció de la persona que utilitza els serveis, i s'observa un augment de les investigacions o dels estudis centrats en els aspectes que influeixen en l'estat emocional de les persones, com per exemple la quantitat (i, especialment, la qualitat) de les relacions socials significatives de les persones o l'absència d'aquestes relacions, que comporta la vivència d'una soledat no desitjada o l'aïllament social. De fet, una major disposició de xarxes de suport (persones amb qui comptar, amb qui relacionar-se) i xarxes socials en general s'associa amb una probabilitat menor d'ingrés en un centre residencial (Giles *et al.*, 2007) i amb un millor estat de salut (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Els diversos models d'atenció a la dependència a Europa presenten règims reguladors diferenciats



Pel que fa a la regulació del sector, la supervisió de l'atenció residencial a Europa és dèbil, i s'hi poden identificar tres règims reguladors diferents: els països nòrdics presenten un enfocament autoregulator; a l'Europa central, el Regne Unit i Irlanda se segueix una regulació directa que estableix el que hi és permès i el que hi és il·legal, i, finalment, els països mediterranis i de l'Europa de l'Est. Obrint el focus d'anàlisi, es pot apreciar com és possible que la regulació de cada regió derivi simplement de l'organització de serveis de CLD en cada país en particular. Així, l'ús de l'autoregulació als països escandinaus s'associa de manera més àmplia a la filosofia de l'estat del benestar, mentre que la regulació al Regne Unit i Irlanda, per la seva naturalesa, se centra a assegurar la qualitat més que no pas a millorar-la, una metodologia més utilitzada en països amb serveis altament privatitzats (O'Dwyer, 2015).

Si s'aprofundeix en el model mediterrani, Itàlia i Espanya es caracteritzen per presentar un nivell relativament alt de demanda de CLD, un esforç públic relativament baix en termes de serveis d'atenció formal i un nivell considerable de prestació d'atenció informal (sobretot a través de les famílies), i s'aprecia una reorganització del sistema de CLD a través d'una «descentralització» de les funcions d'atenció social, en què aquestes funcions passen de l'escala nacional al nivell regional/local (menys fragmentat a Itàlia que a Espanya).

A Espanya el finançament es basa sobretot en ingressos impositius, però també, en alguns casos, en taxes i copagaments. La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència determina que les persones que siguin declarades «dependents» i aquelles a qui es concedeixi un grau (I, II o III)² podran rebre (art. 14) o bé directament serveis (prestats a través de l'oferta pública de la Xarxa de Serveis Socials de les Comunitats Autònomes, mitjançant centres i serveis públics o privats concertats) o, si no és possible l'atenció mitjançant un servei, es podrà percebre una prestació econòmica, de caràcter periòdic. Aquesta prestació està vinculada a l'adquisició d'un servei acreditat per l'Administració (adequat per a les necessitats de la persona beneficiària), i només amb caràcter excepcional la Llei preveu la percepció d'una prestació econòmica per ser atès per cuidadors no professionals (principalment, familiars de la persona dependent); de tota manera, en el capítol següent es valorarà aquest caràcter d'excepcionalitat.

Encara que la regulació d'aquestes mesures recau en els governs regionals, i la provisió, en les autoritats locals, així com en proveïdors privats –en gran part, entitats sense ànim de lucre–, cal emfasitzar de nou que la major part de les CLD les realitzen les famílies (sobretot, les dones) i, per tant, són alienes a la regulació i presenten una gran dependència dels treballadors migrants (contractats majoritàriament de manera privada per les famílies de persones grans en situació de dependència), que suposen aproximadament el 80 % de tots els assistents domèstics contractats de manera privada a Itàlia i el 60 % a Espanya (Casanova *et al.*, 2017; Barocca & Pinazo-Hernandis, 2013). Així, resulta significatiu observar el nombre de treballadors del sector de CLD amb baix nivell formatiu, que és del 15 % a Alemanya i del 18 % a Àustria o el Regne Unit, però tanmateix és del 33 % a Dinamarca, del 39 % a Espanya i del 46 % a Itàlia (León *et al.*, 2016).

2

Tal com reconeix la Llei (art. 2.2), és *persona en situació de dependència* aquella que es troba en una situació permanent que li impedeix realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i, per tant, necessita ajuda important d'una altra o unes altres persones per fer-les, i s'estableixen tres graus de dependència (art. 26): grau I: dependència moderada. Persones que necessiten ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys un cop al dia; grau II: dependència severa. Persones que necessiten ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària dos o tres cops al dia, però que no necessiten el suport permanent d'un cuidador; grau III: gran dependència. Persones que necessiten ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària diversos cops al dia i que, per la seva pèrdua total d'autonomia, necessiten el suport indispensable i continu d'una altra persona. Aquest és el «gran dependent».

La major part de les CLD les realitzen les famílies (sobretot, les dones) i, per tant, són alienes a la regulació i presenten una gran dependència dels treballadors migrants (contractats majoritàriament de manera privada per les famílies de persones grans en situació de dependència)

Capítol 3

Les cures al *domicili*



Preferència clara per seguir vivint a casa durant el procés d'envelliment mentre sigui possible



Les cures al domicili (*home care* o atenció domiciliària) designen de forma genèrica un ventall ampli de serveis de suport per a persones en situació de dependència que volen seguir vivint al seu domicili (*ageing in place*), i són la preferència destacada en la literatura científica de les persones que requereixen CLD. Sota aquest paraigua hi ha des de serveis d'ajuda per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), cures personals i altres tasques domèstiques, fins a cures professionals d'alta qualificació.

A efectes econòmics, la permanència de la persona al seu domicili comporta un estalvi estatal respecte de l'ingrés en un centre residencial amb places públiques (Chappell *et al.*, 2004). Això s'explica per diferents factors, entre els quals hi ha els costos salarials i el grau de cobertura (Zalakain, 2017).

En el model espanyol, les prestacions poden dirigir-se a compensar econòmicament els cuidadors informals o a proveir d'un servei de CLD dut a terme per un professional. Els serveis de suport a les situacions de dependència al domicili es basen en l'atenció a persones que necessiten una assistència continuada per fer diverses ABVD, com ara vestir-se, rentar-se, netejar el domicili, suport per fer les compres d'aliments o medicaments, o acompanyament en altres sortides domiciliàries. En aquest sentit, el creixement constant del nombre de CLD (ja siguin formals o informals) comporta necessàriament més coordinació dels serveis socials i sanitaris (Low *et al.*, 2011).

Deixant de banda l'atenció sanitària, l'atenció a domicili pot ser prestada per un professional del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) públic o privat, o per un cuidador no formal (o diversos) contractat per la família, o directament per un o diversos familiars que exerceixen de cuidadors no professionals.

El grau de dependència i la relació amb la família són determinants per a la definició del tipus de cures de llarga durada prestades



Un altre eix rellevant d'anàlisi que apareix en la literatura consultada és l'existència de situacions de dependència reconeguda, que pot ser moderada (grau I), severa (grau II) o gran dependència (grau III). Tal com apareix descrit en la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, a mesura que augmenta la dependència, s'incrementa la quantitat de serveis de CLD formals i informals requerits. En aquest sentit, cal observar el pes del nivell econòmic o d'un entorn familiar proper. En el cas que un familiar cuidador pugui fer-se càrrec de les cures, augmenta l'atenció informal, mentre que si es disposa de mitjans econòmics suficients, augmenta l'atenció formal i és menys freqüent la presència d'un cuidador familiar únic.

Els determinants socioculturals (i econòmics) tenen una gran influència també en l'elecció d'un model de cures o un altre, i es mostren diferències clares en les preferències de la població europea. Així doncs, es detecta un ús més freqüent d'atenció únicament informal entre els adults grans amb limitacions funcionals dels països mediterranis, la República Txeca i Alemanya (Eichler & Pfau-Effinger, 2009), i això es pot entendre pel fort pes de la família en aquestes societats, que comporta una percepció elevada de les responsabilitats familiars. El mecanisme de compensació que es produeix quan els pares arriben a la vellesa i els fills retornen les cures rebudes anys enrere (Pinazo-Hernandis, 2005) es veu, de fet, també reflectit en les legislacions i comporta certes limitacions a l'accés a serveis formals de CLD (Lillo-Crespo & Riquelme, 2018; Suanet *et al.*, 2012).

El recurs principal: les cures no professionals



En general, quan s'analitzen les polítiques d'atenció a les situacions de dependència i CLD a partir del «diamant de cures» que va definir Razavi (2007), i que analitza el paper de la família, l'Estat, el mercat i el tercer sector en la provisió d'aquests serveis, s'aprecia de forma generalitzada com la major càrrega en l'exercici de cures recau en la família, però cal destacar que els cuidadors no professionals tenen un paper important en l'elecció del tipus de serveis assignats a la persona en situació de dependència (Hunter & MacPherson, 1993).

A Espanya, les cures informals ostenten un paper important en la Llei de dependència, ja que el 80 % de les persones en situació de dependència rep atenció informal juntament amb la prestació de dependència. L'edat, l'estat civil (casat), el lloc de residència, certes variables de salut (presència de malalties circulatòries, respiratòries o musculoesquelètiques) incrementen la probabilitat de rebre cures informals (Del Pozo & Sotos, 2012).

En aquesta línia, i a partir de l'observació del mercat laboral, una dada significativa que permet fer una aproximació al tipus de CLD que es presten en els diversos països és el pes que tenen els treballadors del servei domèstic, ja que la major part es dediquen a l'atenció a les persones grans i a les situacions de dependència (encara que no exclusivament, ja que treballen també en els àmbits de la infància i família o discapacitat).

Així, si es posa en relació el percentatge de població ocupada en l'àmbit dels serveis socials residencials, els serveis socials no residencials i el servei domèstic, es pot observar com als països del nord d'Europa, juntament amb Holanda i França, el 8-12 % del total de la població ocupada treballa en el sector dels serveis socials, i la mitjana europea se situa al voltant del 5 % (i a Espanya, del 3 %). No obstant això, el més destacable és el pes que tenen els treballadors del servei domèstic, que així com són pràcticament residuals als països nòrdics, i suposen només l'1 % en la mitjana europea, a Espanya i Itàlia són superiors al volum de treballadors dels serveis socials. Als països mediterranis, més del 50 % de la força de treball del sector de les CLD el componen treballadors del servei domèstic (Zalakain, 2017).

A partir del pes que cobra cada un dels agents (família, Estat, empreses, tercer sector) en la provisió de CLD, poden apreciar-se tres tipus de sistemes d'intervenció: compartit, semicompartit i no compartit (Rogeró, 2010). Gràcies al desenvolupament dels estats del benestar al llarg de la segona meitat de segle xx, la majoria dels països europeus tenen un sistema compartit, tot i que les divergències polítiques existents no permeten estandarditzar els models de CLD a la UE, i s'hi aprecien, com s'ha vist, diferències notables.

Posant el focus a Espanya, malgrat que la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència només observa la percepció d'una prestació econòmica per ser atès per cuidadors no professionals com una mesura excepcional, la realitat és que la major part de prestacions en l'àmbit de les CLD es tradueixen en ajudes per a les famílies com a cuidadors informals o per al pagament a altres cuidadors externs, més que l'assignació de serveis concrets. Amb dades del Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD) del 31 octubre de 2020, 1.116.561 persones eren beneficiàries d'una prestació de dependència. El gruix de les persones beneficiàries té més de 80 anys (53,7 %), seguides per les persones d'entre 65 i 79 anys (18,1 %). Això suposa que gairebé el 75 % de les persones en situació de dependència té 65 anys o més. Aquest Sistema d'Atenció a la Dependència està dotat amb un pressupost de 9.500 milions d'euros, dels quals el 58 % són prestacions econòmiques.

En general, cada persona beneficiària de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència rep una mitjana d'1,27 prestacions, i se'n registren un total de 1.416.730, que es reparteixen de la manera següent: el 31,5 % compta amb una prestació econòmica per cures familiars (PE-CEF); el 17,74 %, amb el servei de teleassistència; el 17,65 %, amb el servei d'ajuda a domicili; el 11,02 % amb atenció residencial; el 10,84 %, amb una prestació econòmica vinculada al servei; el 6,36 % assisteix a centres de dia/nit; el 4,33 % rep serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal, i un residual 0,56 % compta amb una prestació econòmica d'assistència personal.

Així, les dades del SAAD contradiuen l'esperit de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que era la promoció de l'autonomia personal, i evidencien com el mecanisme principal d'atenció a la dependència a Espanya és precisament la prestació econòmica als cuidadors

informals. De tota manera, es podria analitzar fins a quin punt les mesures actuals suposen un suport real a aquests cuidadors i en quina mesura els converteixen en beneficiaris directes.

No obstant això, en una societat cada vegada més envellida, amb unes taxes de natalitat més baixes, reducció dels nuclis familiars (que tendeixen cap a les llars unipersonals), amb famílies cada vegada més distants a causa de l'increment dels fluxos familiars i en què la incorporació de la dona al món laboral és més gran, la prestació de serveis domiciliaris informals per part de familiars serà necessàriament cada vegada més residual (Codorniu, 2007) i pot comportar un augment de l'ús dels serveis formals (Miralles & Rey, 2015). I és especialment important tenir això en compte davant el repte demogràfic que suposen unes societats cada vegada més longeves. Cal recordar que la composició i les dimensions de la xarxa social de les persones grans estan relacionades amb l'edat: a mesura que augmenta l'edat, es redueix el nombre de cuidadors potencials de la xarxa social (Rogeró, 2009).

En una societat cada vegada més envellida, amb unes taxes de natalitat més baixes, reducció dels nuclis familiars, amb famílies cada vegada més distants i en què la incorporació de la dona al món laboral és més gran, la prestació de serveis domiciliaris informals per part de familiars serà necessàriament cada vegada més residual i pot comportar un augment de l'ús dels serveis formals

Aquesta tendència a l'augment de les cures formals en detriment de les no professionals es registra ja als països del centre i el nord d'Europa. Alguns estudis n'atribueixen les causes a la debilitació dels llaços de solidaritat informal (possiblement derivats dels processos demogràfics comentats anteriorment) i a la major facilitat d'accés a cures formals al domicili que tenen aquests països (Swinkels *et al.*, 2016).

La prestació de CLD formals al domicili pot ser de caràcter públic (coneguda com a SAD) o privat, i la probabilitat de rebre CLD des de l'àmbit públic s'incrementa si, com s'ha vist anteriorment, la persona en situació de dependència està casada, ja que la parella actua com a connector amb els Serveis Socials (Del Pozo & Sotos, 2012; Rogeró, 2009). La provisió de les cures per part dels professionals dels Serveis Socials se centra a constituir un suport per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària i les compres. Els serveis de CLD domiciliàries es completen amb l'assistència sanitària que pot ser prestada pels equips d'atenció primària o pels hospitals, en funció de quin sigui el servei requerit (des de fisioteràpia fins a seguiment amb màquines com en hemodiàlisi, per exemple).

En aquest camp, un dels factors que més influeixen en la satisfacció de les persones depèn del model d'atenció primària prestat, i aquest model pot ser integrat (en què metge i professional d'infermeria fan visites domiciliàries, amb el suport de programes orientats a les persones i els seus grups familiars) en les unitats d'hospitalització a domicili (on alguns dels professionals de l'equip de salut s'encarreguen de l'atenció a les llars de les persones, tant a demanda com programada).

Aquest segon model registra una percepció més alta de qualitat del servei, en gran part pel fet que comporta un nombre major d'hores que el professional de la salut dedica per pacient i s'associa a un percentatge menor d'ingressos hospitalaris (Gorina *et al.*, 2014). De fet, a partir d'una revisió sistemàtica dels programes d'atenció primària al domicili realitzada als EUA, es pot apreciar com la creació d'un vincle entre els adults grans i els prestadors de serveis d'atenció primària comporta una reducció notable de les visites hospitalàries, una millora en la detecció de síndromes associats a l'edat, una millora de la qualitat de vida de pacient i cuidador, i un augment de la participació en la presa de decisions relatives a l'atenció a la fi de la vida (Stall *et al.*, 2014).

En aquesta línia, un aspecte poc desenvolupat en la literatura científica és l'anàlisi del model de dispensació de serveis socials i sanitaris sectoritzat, en el quals el districte, barri o zona de salut determinats es divideix en zones geogràfiques per tal de fer més eficient el temps de desplaçament dels professionals que atenen les persones d'aquesta àrea de salut concreta. Per exemple, a partir d'estratègies de gestió pròpies del sistema privat, una organització no lucrativa va implantar un sistema de «cures de veïnat» o «cures de barri» (*Buurtzorg*, en holandès) que va permetre establir equips relativament autònoms de 10-12 professionals que proporcionaven cures mèdiques i suport domiciliari a un conjunt estable de persones que habitaven en un mateix veïnat. Aquest canvi va permetre una relació més freqüent entre professional i persona que rep els serveis (Cohu *et al.*, 2006), més temps d'atenció que pot dedicar el professional (Van der Boom, 2008), i, per tant, més compromís dels professionals (Johansen & Van den Bosch, 2017). Les bondats apreciades per aquest model i la reducció de costos que suposa (Gray *et al.*, 2015) el fan atractiu com a iniciativa replicable.

A Espanya hi destaca el projecte de *superilles socials*, una estratègia de transformació de l'espai públic amb l'objectiu de destinar part de l'espai utilitzat per al transport dels vehicles a usos ciutadans, mitjançant un nou model d'espai públic més just i saludable, amb una proposta de xarxa d'eixos verds que s'estén per tota la ciutat, en què es prioritzen els recorreguts a peu, enllaçant zones verdes i equipaments de forma segura i amable per a les persones. Les superilles de cures són petits equips d'entre deu i quinze professionals que atenen 40-70 persones que viuen en una mateixa zona residencial, que ocupa entre tres i sis illes. Aquest sistema permet crear comunitats de cures estables que milloren la qualitat de l'atenció i les condicions de treball dels professionals. Actualment, a Barcelona hi ha vuit superilles de cures que atenen 550 persones i es preveu que en els propers anys se n'ampliï la implementació per tota la ciutat fins a superar els seixanta equips.

Una sèrie de serveis afavoreixen la permanència al domicili



Com s'ha observat anteriorment, en el catàleg de serveis de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (art. 15) hi figuren els serveis de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal. Es tracta del Servei de Teleassistència, el Servei d'Ajuda a Domicili o SAD (d'atenció de les necessitats de la llar i cures personals, del qual hem parlat a l'apartat de cures formals), el Servei de Centres de Dia/Nit i el Servei d'Atenció Residencial, i, tal com mostren les dades presentades, es troben infradesenvolupats.

Amb l'excepció de l'atenció residencial, la resta de serveis estan enfocats a millorar la qualitat de vida de les persones que no es troben institucionalitzades, i es permet així allargar el període de vida a la llar.

La teleassistència com a font de seguretat per a persones en situació de dependència i els seus familiars



La teleassistència domiciliària és un servei que no ofereix directament assistència sanitària o social, sinó una gestió ràpida, eficaç i personalitzada dels recursos disponibles en un context domiciliari a través d'un dispositiu electrònic (que pot ser un medalló que la persona porta penjat i un terminal, o bé un mòbil). La persona està connectada contínuament, a casa o fora, amb un operador d'una central d'alarmes, que disposa d'una base de dades amb tota la informació mèdica i personal necessària, i que, en cas que premi el botó per demanar ajuda o que el sistema detecti algun tipus d'anomalia (per exemple, si havia de trucar a una hora determinada i no ho ha fet), posa en marxa una sèrie de recursos per ajudar-la (López, 2004).

La teleassistència és una garantia en el dia a dia no només per a persones grans, persones en situació de dependència, persones convalsents d'una malaltia o amb malalties cròniques, sinó per a totes aquelles persones que viuen soles i volen tenir la seguretat de comptar amb l'atenció que necessiten davant d'una emergència. Amb la teleassistència s'ofereix tranquil·litat davant de qualsevol accident domèstic, però també companyia i suport. El servei consisteix en un dispositiu fix i un polsador mòbil que es pot accionar des de qualsevol lloc de la casa. Només prement-lo, la persona entra en contacte amb el Centre d'Atenció, disponible les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any. El funcionament és senzill: davant de qualsevol emergència o necessitat, la persona prem el dispositiu i un dels professionals de la Central d'Atenció procedirà a atendre-la, trucant a les persones de contacte i/o als serveis d'emergència en cas necessari.

El Servei de Teleassistència pot ser públic (a Espanya, 247.917 persones en situació de dependència disposaven del servei el juny de 2020) o privat, i permet mobilitzar els familiars, veïns, ambulàncies, bombers, policia local, etc., fet que aporta seguretat tant a les persones que tenen el servei assignat com als seus familiars, i permet allargar el temps que una persona gran pot viure al seu domicili (Procter *et al.*, 2016). No obstant això, cal destacar que, tot i la immediatesa en la prestació del servei que ofereix el contacte amb els professionals de la teleassistència que es troben als centres de trucades, es detecten també certs problemes que es deriven de les dificultats que aquests professionals poden experimentar en mobilitzar precisament aquesta xarxa de familiars i veïns (Roberts *et al.*, 2012).

La teleassistència pot comptar amb múltiples *gadgets* per monitoritzar les persones en situació de dependència, com ara coixins que avisen si no detecten pes a sobre després d'un període de temps determinat, o diversos sensors com el d'obertura de la nevera o els de fum o foc, molt rellevants per a persones amb Alzheimer, per exemple. No obstant això, l'ús d'aquests dispositius en el marc del sistema públic de teleassistència es troba limitat per una qüestió de costos.

Durant el confinament i els mesos posteriors de pandèmia, la teleassistència s'ha convertit en un servei essencial per a l'atenció i l'acompanyament de les persones. Des de l'aplicació de l'estat d'alarma per la pandèmia de la COVID-19, van augmentar les trucades als serveis de teleassistència per diverses raons: por, dubtes de què fer o no fer, i per tenir algú amb qui parlar, ja que l'aïllament social ha estat difícil d'afrontar per a tots i sobretot per a les persones grans.

Els centres de dia o centres diürns com a facilitadors del manteniment de les capacitats físiques i cognitives



Els centres de dia, centres diürns o centres d'estada diürna (amb noms diferents segons la ubicació) són equipaments que ofereixen, en horari diürn, una atenció integral i individualitzada a persones grans que, habitualment, presenten un grau de dependència moderat. En aquest camp la literatura no és gaire extensa i, més que analitzar el conjunt, es basa sobretot en estudis realitzats sobre equipaments individuals. Les evidències semblen consensuar que l'assistència a centres de dia comporta una millora o manteniment de les capacitats físiques i/o cognitives (Araya *et al.*, 2018).

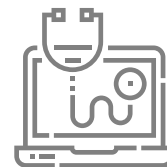
De fet, encara que no hi ha consens sobre això, s'aprecia com una assistència més freqüent (més d'una vegada per setmana) a centres de dia s'associa amb una millora de la qualitat de vida (Bilotta *et al.*, 2010; Iecovich & Biderman, 2013). No obstant això, la disposició d'una xarxa familiar propera és un element determinant perquè les persones grans prenguin la decisió d'assistir a un centre de dia (Kim, 2014). Dit d'una altra manera, les persones que assisteixen a centres de dia tenen un suport social més freqüent i quotidià (principalment familiar) que aquelles que viuen en residències o les que viuen als seus domicilis i no assisteixen a centres de dia, i més suport social comporta (per a tots els grups) una reducció significativa dels nivells de depressió (Seddigh *et al.*, 2020).

Els centres de nit, tot i estar recollits en la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, a Espanya amb prou feines hi estan desenvolupats. En diverses comunitats autònomes pot haver-hi un altre tipus de centres, anomenats «de respirar», ideats com a programa de suport als familiars que exerceixen de cuidadors no professionals. La finalitat d'aquest servei és millorar la qualitat de vida de les famílies cuidadores, proporcionant-los un temps de descans (com, per exemple, en períodes curts de vacances) o davant de situacions familiars imprevistes. Molts centres residencials ofereixen places de centre de dia i de centre de nit.

Vistos els beneficis terapèutics de l'assistència quotidiana als centres, evidentment la COVID-19, el confinament i el tancament dels centres, la distància física imposada després de la reobertura, l'ús de mascaretes i les dificultats consegüents en la comunicació i el reconeixement d'emocions, entre altres factors, han provocat

pèrdues en la funcionalitat, en la cognició i l'augment de l'estat d'ànim depressiu. Encara ens queda molt per investigar sobre els efectes de la pandèmia a curt, mitjà i llarg termini.

La potencialitat de la telemedicina i les barreres que encara en frenen la implantació plena



Com a complement d'aquesta idea de monitorització a distància de les persones que opten pel model d'envellir a casa que comentàvem en l'apartat dedicat a la teleassistència, al llarg dels últims lustres, un altre servei que ha presentat una evolució notable gràcies al desenvolupament de nous sistemes informàtics i d'imatge és el de la telemedicina (*e-health*). Aquest servei permet l'ús de tecnologies de comunicació per al diagnòstic, la monitorització i el tractament de pacients a distància (Currell *et al.*, 2008) i, segons alguns autors, suposa la clau per prestar una assistència sanitària eficaç descentralitzada i amb més participació dels pacients, així com un augment de les demandes socials (Koch & Hägglund, 2009).

No obstant això, si bé la informatització i la tecnològització de les societats contemporànies poden haver facilitat la integració dels serveis socials i d'atenció mèdica i, a més, permeten reduir el nombre de desplaçaments de professionals sanitaris per al seguiment de certes patologies agudes o cròniques, moltes persones grans han estat marginades per no ser usuaris digitals, i s'ha detectat una bretxa important en aquest àmbit per raó d'edat (Vancea & Solé-Casals, 2016).

De nou, la pandèmia de la COVID-19 ha modificat la relació de les persones amb la tecnologia, tant en el teletreball com en la salut digital, la telemedicina i la telemonitorització.

És evident que els avantatges de la telemedicina en l'assistència a pacients amb COVID-19 són múltiples, ja que limiten les possibles exposicions i els possibles contagis tant a la sala d'urgències com als hospitals i centres d'atenció primària, i redueixen l'ús d'equips personals de protecció. Una revisió sistemàtica publicada l'any 2018 (Shigekawa *et al.*, 2018) va avaluar la seguretat i l'eficàcia de la telemedicina en les àrees clíniques següents: telesalut mental, telerehabilitació, teledermatologia, teleconsultes i altres, com el maneig de l'anticoagulació oral, la nutrició i el tractament d'úlceres de peu diabètic, entre d'altres. D'acord amb aquest estudi, la telemedicina va resultar equivalent a la visita mèdica convencional tant en el moment de la diagnosi com en la part terapèutica. Les teleconsultes redueixen l'hospitalització i indueixen a una freqüència més gran de contacte entre metge i pacient, però de durada inferior.

Capítol 4

Les cures en *institucions residencials*



Els equipaments residencials

La literatura sobre cures en l'àmbit residencial és molt àmplia i de qualitat. Una revisió sistemàtica de les investigacions en aquest camp permet determinar que històricament el focus d'interès estava centrat a valorar els programes d'activitat física, les intervencions psicològiques o el seguiment mèdic que es duen a terme als equipaments residencials de CLD (Van Malderen *et al.*, 2013).

S'aprecia un interès creixent per determinar i quantificar les variables que incideixen en l'estat d'ànim i la satisfacció dels residents amb la seva vida. En aquest sentit, aquelles institucions que tenen en compte els desitjos de les persones i desenvolupen línies d'actuació dirigides a empoderar els residents reforçant que duguin a terme les activitats de la vida diària, fomenten la seva participació i la seva capacitat de decisió, i, tot estimulant el manteniment o la generació d'una xarxa social de suport –és a dir, en línia amb l'atenció integral centrada en la persona–, aconsegueixen un augment notable de la qualitat de vida de les persones residents (Burack *et al.*, 2012; Chen *et al.*, 2019; Sullivan & Asselin, 2013; Wang *et al.*, 2018).

Per tenir un coneixement clar del sector residencial, també s'observen moltes limitacions: no hi ha un organisme nacional que el representi, les normatives són autonòmiques i hi ha grans diferències entre si (ràtio de professionals, tipus de professionals...). Una altra limitació important és la dificultat per quantificar el nombre de persones grans institucionalitzades a Espanya, ja que no hi ha una xifra en aquest sentit, més enllà d'aproximacions i estimacions. A partir dels censos oficials de població i habitatges (INE), pot observar-se el nombre de persones que viuen en residències de persones grans, però es pot comptabilitzar les persones que resideixen en altres models de CLD institucionalitzats (com apartaments tutelats, centres sociosanitaris, etc.). Aquests censos tampoc distingeixen si aquestes residències són de titularitat pública o privada o quin percentatge real de les persones en situació de dependència reconeguda es troben institucionalitzades.



Les dades de l'INE corroboren l'evidència trobada en la literatura, segons la qual en els primers anys del segle xx es va registrar una tendència a l'augment de la institucionalització que, tot i això, no s'ha mantingut. A partir de les dades dels censos de 2001 i 2011, s'aprecia com, mentre l'augment de població més gran de 65 anys va ser del 19,4 %, el nombre de persones grans que van passar a viure en residències³ va presentar un increment notable del 180,6 % (de 96.338 a 270.286). No obstant això, aquest creixement destacable en termes percentuals fa referència a només el 3,3 % de les persones grans. El 2020, i segons una estimació d'*Envejecimiento en red* (el portal de publicacions del CSIC en temes d'envelliment) realitzada a partir de la seva base de dades de residències, eren el 3,5 % del total de persones grans les que es trobaven institucionalitzades (322.180 persones de més de 65 anys). Aquesta xifra, però, equival al 40,6 % de les persones grans amb dependència reconeguda i beneficiàries d'una prestació de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

La importància de les relacions socials com a element central per mantenir un bon estat d'ànim i de salut

S'aprecia de forma generalitzada que les persones que viuen en institucions presenten un pitjor grau de salut i un menor índex de relacions socials.⁴ Aquests fets comporten una pitjor qualitat de vida i una major presència d'índexs d'ansietat i depressió en les persones que viuen en aquests entorns (Liu *et al.*, 2018; Otero *et al.*, 2006) i, per tant, pitjors nivells de salut mental (Drageset *et al.*, 2015; Even-Zohar, 2014). En ingressar en un centre, les persones deixen casa seva, les seves xarxes socials i els seus hàbits de vida. Només això ja pot tenir repercussions en el seu estat d'ànim.

La demència és actualment la malaltia neurodegenerativa més prevalent i la causa principal de dependència en persones més grans de 65 anys. La demència afecta al voltant del 5-8% de la població mundial més gran de 60 anys, un percentatge que augmenta progressivament a mesura que avança l'edat i amb un predomini clar del sexe femení. A Espanya, estudis poblacionals recents mostren que pateixen aquesta patologia entre el 5,5-5,8% de les persones més grans de 65 anys i entre el 8,5-9,4% de les més grans de 70 anys. Les previsions indiquen que l'any 2030 al món hi haurà uns 74,7 milions de persones amb demència i el 2050 hi haurà 131,5 milions de persones afectades per algun tipus de demència, mentre que el 2015 hi havia 46,8 milions de persones amb aquesta patologia. Els estudis mostren taxes més altes de demència en les dones. L'informe de l'associació Alzheimer Europe va assenyalar que la incidència de dones amb demències el 2018 a Espanya duplicava la dels homes (580.758 dones enfront de 271.984 homes).

A més, les dones tenen més probabilitats de viure en centres residencials que els homes; elles passen el 94% del temps amb la malaltia en residències, mentre que ells hi passen el 60%. Moltes de les persones que viuen als centres residencials presenten, a més, problemes cognitius (Alzheimer i altres malalties neurodegeneratives).

Tanmateix, això no implica que no es pugui actuar per millorar la qualitat de vida. Per exemple, es registren millores significatives en el benestar psicològic dels residents d'equipaments institucionalitzats quan aquests participen en activitats intergeneracionals i/o comunitàries fora de la residència (Chippis & Jarvis, 2016).



3 Cal recordar que les dades oficials mostren només les persones que estan ingressades en residència i no permeten distingir les persones que resideixen en altres models de CLD institucionalitzades (com apartaments tutelats, per exemple).

4 De fet, entre les persones grans no institucionalitzades es pot apreciar com el fet de tenir parella o fills esmorteix el sentiment de soledat, dinàmica que no resulta significativa per a aquells que resideixen en entorns institucionalitzats (Prieto-Flores *et al.*, 2011).



Tipus d'equipaments residencials

Podríem classificar les residències en funció de les persones que atenen: en situació de dependència o no, però cada vegada el perfil de les persones que acudeixen a un centre residencial sense necessitar ajuda per a les activitats de la vida diària és menor, ja que l'edat està molt associada a la dependència i, a més, com més necessitat d'ajuda, més probabilitats de viure en una institució residencial.

En la literatura científica es poden identificar tres grans tipus d'institucions residencials, que es descriuran a continuació: els centres residencials per a persones grans, les residències assistides i els habitatges tutelats o apartaments amb serveis.

Centres residencials per a persones grans

Les residències a Espanya, equiparables a *residential care* (o *residential aged care facilities*), són institucions residencials de caràcter permanent o temporal per a persones que presenten limitacions per dur a terme les activitats de la vida diària. En l'àmbit internacional tenen un caràcter més aviat privat i acullen un nombre reduït de persones (20 o menys), mentre que a Espanya poden ser de titularitat pública, privada, pertanyents a entitats del sector no lucratiu o públiques de gestió privada, i amb un nombre de residents variable, des de 10 fins a 200 persones usuàries.

L'anàlisi dels motius que porten a l'ingrés en residència encara no es troba estudiat gaire àmpliament a Espanya, però s'observa un cert consens amb l'evidència a escala internacional. Així, variables com una major edat, l'existència de patologies físiques o mentals (o la necessitat de tractaments farmacològics continuats i supervisats), l'estat civil (viduïtat o solteria), el fet de tenir rendes baixes o viure en un entorn urbà multipliquen les probabilitats d'ingrés (Ayuso *et al.*, 2010; Jamieson *et al.*, 2019; Lillo-Crespo & Riquelme, 2018; Zueras & Ajenjo Cosp, 2010).

La possibilitat d'elecció sobre on envellir i la definició de perfils de cures en funció de les necessitats i els interessos facilita el manteniment d'un estat de salut mental positiu i pot contribuir a incrementar la qualitat de vida (Wilkinson *et al.*, 2012). No obstant això, cal destacar que, tot i que aquest raonament respon al sentit comú, la major part dels estudis no són pròpiament experiments controlats aleatoritzats, per la qual cosa resulta complicat extrapolar la causalitat o afirmar que aquesta no es degui a altres factors.

Les residències assistides: serveis personals i de salut

Tot seguit hi ha les residències assistides, que són equivalents a les que altres països denominen *nursing homes* (o *assisted living*), on es presten un ampli rang de serveis personals i de salut. Tenen un caràcter marcadament mèdic, incloent-hi servei d'infermeria les 24 hores. La majoria es focalitzen en processos de rehabilitació després de l'hospitalització, encara que disposen d'un ampli catàleg de serveis. Per això, l'estada en aquests equipaments pot ser des de temporal (després de la qual la persona torna al seu domicili o residència) fins a permanent, en funció de quin sigui el seu estat físic o mental. Així, per exemple, són residència habitual de persones que necessiten una supervisió elevada, com aquelles que pateixen deteriorament cognitiu moderat o sever.

Un dels aspectes destacables d'aquestes institucions és que, com no deixa de ser lògic, redueixen el nombre de derivacions a urgències hospitalàries o hospitalitzacions. Com que compten amb un servei d'atenció sanitària integrat, permeten

monitoritzar de forma més efectiva persones grans amb graus de dependència alts, en relació amb persones amb menor dependència però residents en institucions sense seguiment mèdic, on l'atenció sanitària es presta en centres d'atenció primària (Calvo *et al.*, 2018). Això es deu al fet que a les residències que disposen de metge a la plantilla de professionals, l'atenció continuada, la supervisió de la medicació i fins i tot la decisió de trasllat a l'hospital les fa aquest professional del centre i no l'atenció primària.

Les evidències són en gran mesura descriptives i correlacionals, encara que algunes investigacions apliquen algun tipus de model multivariable. La major part dels estudis revisats en aquest àmbit s'interessen per la qualitat de vida de les persones que hi resideixen, i posen el focus en la prevalença de trastorns de l'estat d'ànim, especialment la depressió. No obstant això, són pocs els que compten amb mostres aleatòries i escassos els que tenen en compte l'estat de la persona a l'ingrés. Com que presenten graus de dependència moderats o severos, aquests residents acostumen a tenir més deteriorament físic i cognitiu i, per tant, una menor qualitat de vida en general (Buckinx *et al.*, 2016).

En aquesta línia, es detecta que la situació de dependència i la interacció amb altres persones estan relacionades amb més presència de símptomes depressius, mentre que una satisfacció més gran amb l'autodeterminació es relaciona amb una millor adaptació a la institució i uns nivells de depressió menors (Ferrand *et al.*, 2019; Park *et al.*, 2012).

Seguint aquest fil, s'aprecia un cert buit en la literatura en l'anàlisi dels espais i el context arquitectònic de les institucions residencials, que tendeixen a ser força similars a l'entorn hospitalari (passadissos llargs, dissenys uniformes, etc.) i dirigides a l'atenció simultània de desenes de persones. Així, com més medicalitzat i similar a un hospital és l'entorn, menor és la satisfacció de la persona i la seva percepció de qualitat de vida (Kelley-Gillespie, 2012).

Les tendències en cures en centres residencials giren cada vegada més cap a un model «llar» amb petites unitats de convivència i unes activitats més similars a la vida quotidiana en qualsevol domicili.

Habitatges tutelats i habitatges amb serveis

En un punt intermedi entre aquests equipaments residencials i les comunitats autogestionades hi ha els habitatges tutelats (de caràcter públic) i els apartaments amb serveis (de caràcter més aviat privat), tots dos equiparables a *retirement housing* o *sheltered housing*. Són llars funcionals de dimensions reduïdes en les quals conviuen de manera normalitzada algunes persones autosuficients en règim parcialment autogestionat. No tenen servei d'atenció mèdica o sanitària, només allotjament i manteniment. Alguns, més propers a un *resort* i privats, compten amb serveis exclusius com bugaderia, neteja diària, conserge, manteniment, serveis assistencials (metge, infermera, psicòleg, atenció de 24 h en cas d'emergència, fisioterapeuta i entrenador personal) i activitats lúdiques, socials i culturals. Són apartaments de luxe amb un cost alt.

Hi resideixen persones grans relativament autònomes que, per diversos factors, no volen seguir als seus domicilis o volen gaudir d'una sèrie de serveis complementaris a la seva mateixa comunitat (com ara menjador, bugaderia, etc.). Així, aquestes institucions disposen d'apartaments o habitacions privades, que es combinen amb una gran disposició d'àrees comunes i de serveis als quals poden accedir els residents. Al Regne Unit pertanyen a les HOOP (*housing options for older people*). A Espanya amb prou feines s'han desenvolupat en alguns municipis, amb limitacions com el nombre total de convivents, que no ha de ser superior a 10.

En aquest àmbit, la literatura és més aviat escassa, encara que les investigacions més rellevants són robustes i estan ben elaborades. A partir d'aquestes investigacions pot determinar-se que, si en aquest tipus d'equipaments no es fa un esforç per generar relacions significatives entre els residents o es brinda un altre tipus de suport emocional, s'observa més probabilitat d'acabar requerint serveis de salut mental (Park *et al.*, 2012).

Quan no hi ha un esforç explícit per la dinamització de la comunitat, en aquest tipus d'equipaments es detecta una reducció de les activitats de lleure que fan els adults grans en comparació amb les que duïen a terme abans de la mudança. Per això, és qüestionable si aquest tipus d'institucions satisfà les necessitats socials i d'oci de les persones grans (Knecht-Sabres *et al.*, 2020).

En canvi, si s'activa una mena de compromís social envers l'equipament i s'augmenten les relacions entre coresidents, les taxes de depressió es redueixen notablement, especialment entre les persones que pateixen alguna discapacitat funcional greu (Jang *et al.*, 2014).

Si s'activa una mena de compromís social envers l'equipament i s'augmenten les relacions entre coresidents, les taxes de depressió es redueixen notablement, especialment entre les persones que pateixen alguna discapacitat funcional greu

Capítol 5

La soledat residencial i les noves opcions de convivència



Si bé l'evidència mostra clarament la preferència de les persones grans per quedar-se als seus domicilis, alguns estudis posen en dubte si aquesta elecció es basa en una decisió plenament conscient i informada o si es tracta d'una manca de recursos que possibilitin altres alternatives habitacionals durant les últimes etapes de la vida (Fernández-Carro, 2016), especialment quan les persones viuen en soledat, sense un cercle relacional proper, en situacions de dependència o en casos que presenten problemes greus d'accessibilitat.

En les societats desenvolupades s'observa una clara tendència a l'augment de les llars unipersonals, incloent-hi les integrades per persones grans. De fet, les xifres de l'Enquesta contínua de llars de l'INE mostren que, mentre entre 2014 i 2019 les llars unipersonals compostes per persones de menys de 65 anys van augmentar el 3,7 %, les integrades per un adult gran van augmentar gairebé el triple (10,6 %).

Aquesta situació planteja un repte per a la qualitat de vida dels adults grans, tant en termes econòmics com socials. En primer lloc perquè, encara que viure sol no comporti necessàriament el fet de sentir-se sol, augmenta el risc de patir soledat no desitjada (Yanguas *et al.*, 2018a).

Les relacions socials són una part important de la qualitat de vida al llarg de la vida i també ho són durant la vellesa. El sentiment subjectiu de soledat no està determinat tant per alguna cosa objectiva, com ara la freqüència de contactes, sinó més aviat per alguna cosa subjectiva, com la satisfacció amb aquestes relacions. La soledat és resultat del dèficit en les relacions socials i el suport social i de la percepció que les necessitats socials que es tenen no són les esperades.

S'ha relacionat la soledat amb un pitjor estat de salut, una connexió social limitada i una pitjor qualitat de vida en general, i s'ha demostrat que la soledat afecta alguns grups de població més que d'altres, com les persones grans, els migrants, els vidus i les persones que tenen cura d'altres (Pinazo-Hernandis, 2020a).

La vivència de la soledat no és exclusiva de les persones grans i passa al llarg del cicle vital, però s'accentua amb les pèrdues, que van des de les relacionals (del cercle laboral després de la jubilació, d'amics o parella per defunció o dependència severa, dels veïns per mudances, etc.), les de visió o mobilitat o les d'espais referencials per canvis urbanístics, la gentrificació i el tancament de les botigues de barri, etc. Tots aquests factors poden derivar en un aïllament i una crisi del sentiment de pertinença que poden tenir conseqüències negatives greus sobre la salut mental i física. De fet, és recurrent la comparació de l'efecte de la soledat amb el de fumar 15 cigarrets al dia o ser obès, ja que l'aïllament social real i el percebut s'associen amb un risc més alt de mortalitat primerenca. En la revisió metaanalítica de Holt-Lustad *et al.* (2015) es va voler establir la magnitud general i relativa de l'aïllament social, així com la soledat i l'examen de possibles moderadors a partir d'una recerca bibliogràfica d'estudis científics publicats prèviament. Els dèficits socials van ser més predictius de mort en persones amb una edat mitjana menor de 65 anys, i en general, la influència de l'aïllament social tant objectiu com subjectiu sobre el risc de mortalitat és comparable als factors de risc de mortalitat ben establerts (obesitat, tabaquisme...).

Les conseqüències de sentir-se aïllat socialment són cada vegada més reconegudes i provades, especialment la connexió existent entre soledat, depressió i aparició de problemes cardiovasculars, si bé es desconeix encara el mecanisme que provoca aquesta relació causal (Courtin & Knapp, 2017; Yanguas *et al.*, 2018b). Alguns estudis apunten que pot tractar-se de l'augment del cortisol (hormona de l'estrès), que té efectes tant en la salut mental –perquè comporta que les persones solitàries trobin més estressants les activitats diàries que aquelles amb una vida social més activa, i es concentrin més en pensaments i percepcions negatius– com en la salut física, ja que provoca una inflamació crònica que afecta el sistema immunològic i afavoreix l'aparició d'altres malalties (Cacioppo & Patrick, 2008).

En general, l'evidència que es desprèn de la literatura analitzada és que, com més gran és la xarxa de relacions d'una persona, millor és el seu estat d'ànim i de salut i, per tant, més gran és la seva percepció de qualitat de vida (Brown *et al.*, 2015). Aquest fet ha afavorit l'aparició de cada vegada més recursos i programes que lluiten contra la soledat no desitjada i treballen per a la generació i el manteniment de relacions socials significatives (Pinazo-Hernandis, 2020b).

Noves opcions de convivència per desenvolupar

Moltes persones gaudeixen de la seva vida en solitari, però per a altres suposa riscos i despeses que difícilment poden assumir. Viure sol és més car i menys segur. Per donar resposta a aquestes situacions hi ha iniciatives diverses (sobretot privades) dirigides a unir persones que volen viure amb altres, persones que disposen d'habitatge i busquen algú amb qui compartir-lo, ja siguin companys joves (com Viure i Conviure),⁵ només dones (Convive Mujer)⁶ o amb altres persones grans (Hogar y Café).⁷ La premissa de partida d'aquest tipus de programes és que possibiliten la vida en comú i permeten disposar d'allotjament a costos més baixos que els del mercat immobiliari, a banda de molts beneficis psicològics i socials en les dues generacions.

Una altra proposta és la creació d'unitats de convivència autogestionades, conegudes com *cohousing*.⁸ A Espanya aquest model no és tan recent com es podria pensar (ja fa vint anys des de la creació del primer *cohousing* nacional), però al nord d'Europa i als EUA té una història de més de mig segle i el model es troba molt desenvolupat. El concepte estricte de *cohousing* porta implícita la voluntat d'envellir integrat en l'entorn, i per això una comunitat d'amics o coneguts sol treballar conjuntament per dissenyar des de zero el context arquitectònic i la definició de tasques i funcions que s'hi duren a terme. En el disseny del projecte de *cohousing* s'observa tant l'entorn exterior com els espais interiors, que han de ser al més semblants possible a una llar (en termes d'espais, dimensions, mobiliari, etc.), i la realització d'activitats quotidianes (Martínez, 2013). Les investigacions mostren el *cohousing* com una alternativa possible a les residències clàssiques, encara que en la literatura la comparació amb altres tipus de CLD és molt escassa.



5

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

6

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

7

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

8

Tot i que en la literatura es pot observar que s'utilitza com a sinònim el concepte de *cohousing* al costat de «habitatges col·laboratius», «comunitats autogestionades» o «cohabitatges», aquestes últimes denominacions poden portar implícites altres formes d'organització comunitària que no són les que es pretén exposar en aquest apartat de *cobousing*. També s'aprecia en la literatura la distinció de *cobousing* com una forma concreta de *coliving*, concepte que faria referència als habitatges que combinen espais privats amb espais i serveis comunitaris, amb l'objectiu explícit de promoure el contacte social i construir una comunitat (Shafique, 2018).

Les investigacions mostren el cohousing com una alternativa possible a les residències clàssiques, encara que en la literatura la comparació amb altres tipus de CLD és molt escassa



Conclusions

Societats longeves

Les societats són cada vegada més longeves. L'esperança de vida ha augmentat en tots els països i també a Espanya (83,3 anys).

L'envelliment de la població planteja un repte a les societats: el 2050 a Espanya hi haurà 16 milions de persones més grans de 65 anys, el 33 % de la població. Aquesta realitat exigeix una planificació en la prestació de cures de llarga durada i un replantejament del model de cures.

Els establiments que proporcionen cures de llarga durada agrupen una àmplia gamma de tipus: centres residencials alternatius a l'habitatge familiar, els que proporcionen cures especialitzades i medicalitzades, centres per a cures al final de la vida, centres de rehabilitació, d'atenció a persones amb discapacitat, etc. Centrant-nos en els establiments que proporcionen cures a persones grans, hi ha pocs recursos en general i pocs centres són públics. Cal millorar i ampliar la xarxa de recursos, així com avaluar-ne l'eficàcia.



Necessitat de cures de llarga durada durant més temps

Segons l'Organització Mundial de la Salut, les cures de llarga durada són el sistema d'accions dutes a terme per cuidadors no formals (família, amics o veïns), professionals (sanitaris, socials...) o tots dos, per aconseguir que una persona que no pugui realitzar les activitats de la vida diària de manera independent mantingui la millor qualitat de vida possible, d'acord amb les seves preferències individuals i amb el major grau possible d'independència, autonomia, participació, realització personal i dignitat humana.

El respecte als drets humans hi ha de ser sempre present: cal assegurar que totes les persones puguin envellir amb dignitat i seguretat.

Podem parlar de diferents llocs de prestació de les cures de llarga durada: cures al domicili, que pot fer-les un cuidador familiar o professional, o cures en entorns residencials. Més enllà dels diferents recursos i models de cures de llarga durada, la realitat és que cada vegada més persones les necessitaran, i durant més temps.

La població, en general, desconeix els recursos que hi ha per a les cures de llarga durada i els diversos models residencials.



Les cures de llarga durada es diferencien fonamentalment de les cures agudes i de les intervencions sanitàries en què la finalitat no és curar una malaltia. L'objectiu és afavorir la major qualitat de vida possible; minimitzar, restablir o compensar la pèrdua del funcionament físic i/o mental; afavorir que la persona dependent assoleixi i mantingui el nivell de funcionament més òptim possible; permetre viure de la manera més independentment possible; ajudar les persones a completar les tasques essencials de la vida diària, i, finalment, mantenir al màxim els nivells limitats de funció, salut, i benestar mental i social.

Els cuidadors formals són proveïdors de cures que reben una retribució econòmica per subministrar les cures i estan associats a un sistema de servei organitzat, com les organitzacions governamentals, les organitzacions no governamentals i les organitzacions amb ànim de lucre. A més, estan qualificats professionalment per a la pràctica de l'assistència, i entre ells hi ha els professionals sociosanitaris (infermeria, medicina, psicologia, treball social, fisioteràpia, teràpia ocupacional, gerontologia...), que proporcionen serveis de cures personals, cures de salut i tasques de la llar.

Els cuidadors informals són aquelles persones que dispensen cures sense percebre compensació econòmica per fer aquesta tasca, no posseeixen formació formal per subministrar les cures i pertanyen a l'entorn proper de la persona dependent. És el cas dels membres de la família nuclear i extensa, veïns i amics que s'impliquen en activitats de cures i d'atenció a les necessitats, i ajuden de forma regular i contínua la persona dependent, normalment durant tot el dia. Els cuidadors informals solen ser membres de la família, sovint una dona –esposa o filla–, amb una edat d'entre 45 i 65 anys, sense ocupació laboral o amb una feina a temps parcial i amb un baix nivell d'estudis i socioeconòmic. A més, la provisió de les cures acostuma a subministrar-se a l'habitatge de la persona en situació de dependència, de forma diària, contínua i intensa (més de 40 hores setmanals), i inclou diversos tipus de suports (atenció a la cura personal i realització de tasques domèstiques, suport emocional...). Aquesta assistència sol ser assumida per una sola persona cuidadora durant diversos anys. Les cures informals han estat conceptualitzades com un esdeveniment vital estressant (síndrome de càrrega del cuidador) que, amb la seva cronicitat i imprevisió sobre el moment de la finalització, s'associa amb repercussions negatives sobre el benestar físic i psicològic del cuidador informal. Cuidar produeix conseqüències negatives, però també té conseqüències positives i grans beneficis.

Diversos models de cures de llarga durada, diferents recursos segons comunitats autònomes

Com més edat, major nivell de dependència i pèrdua funcional i més necessitat de cures. Els centres residencials són necessaris com a recurs per a les cures de llarga durada. El perfil majoritari de les persones que viuen en residències és el d'un adult amb un alt nivell de dependència, major de 85 anys, dona i, la majoria, amb deteriorament cognitiu. Però es té un coneixement limitat del sector residencial. D'una banda, no hi ha un organisme nacional que les representi, aplegui, hi doni suport o supervisi. De l'altra, les normatives són autonòmiques i amb grans diferències entre comunitats autònomes (en ràtio de personal, tipus de professionals, característiques dels serveis prestats...).



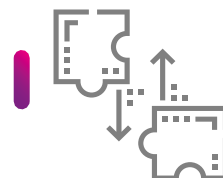
Manca de coordinació de serveis i nivells socio-sanitaris

Hi ha una manca de recursos públics i gairebé una absència de relació entre els recursos públics i els privats. Tenint en compte els nivells mínims de cobertura que aconsella l'Organització Mundial de la Salut (situats en el 5 % de la població major de 65 anys), actualment hi ha un dèficit de centres residencials d'unes 65.000-80.000 places.

L'àmbit sanitari i el social tenen diferents maneres de funcionar i diferents bases de dades no compartides. No hi ha una coordinació socio-sanitària i les persones han de fer un pelegrinatge entre serveis desconnectats entre si.

Família, Estat, empreses i tercer sector són els pilars de la provisió de serveis, tot i que un d'ells, el de la família, és més gran a Espanya: el 80 % de les persones en situació de dependència reben atenció informal. La càrrega de cures ha recaigut tradicionalment en les famílies i sobretot en les dones, sovint com a cuidadores úniques.

Cal invertir en formació per a les cures. Cal suport i formació per als cuidadors informals i també formació continuada i especialitzada per als cuidadors professionals (sobre aspectes concrets de les cures de la salut, però també del bon tracte i el respecte).



Ageing in place

Les persones prefereixen envellir al lloc on han viscut les seves vides, on tenen els seus vincles relacionals i els seus suports. La manca de connexió social es relaciona directament amb problemes emocionals (ansietat, depressió, estrès) i de salut cardiovascular i cognitiva.

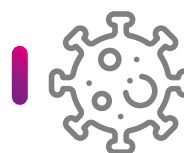
Perquè les persones segueixin vivint a casa seva, però, les cases s'han d'adaptar a l'envelliment dels seus membres i els entorns han de ser facilitadors i acostar els serveis als domicilis. Moltes persones necessiten assistència continuada per a la realització de diverses activitats de la vida diària (vestir-se, alimentar-se, moure's...). Hi ha una manca de recursos de cures al domicili i una descoordinació entre els existents.



La COVID-19

La pandèmia per SARS-CoV-2 ha tingut més impacte en les persones més vulnerables (persones grans en situació de dependència, persones amb malalties cròniques...) i ha posat en relleu la necessitat de millorar les cures de llarga durada, la necessitat de dotar de més finançament els serveis i dignificar la professió de cuidar amb sous millors i un major reconeixement.

El confinament, el tancament dels centres, i el cessament d'activitats terapèutiques i de socialització, han suposat un canvi en les rutines habituals dels centres residencials i centres de dia i altres serveis d'atenció i cures de llarga durada. En els propers mesos podrem veure la repercussió en la qualitat de vida, les avaluacions negatives a nivell cognitiu, psicològic i funcional, i la regressió de les malalties, sobretot en els casos de persones amb deteriorament cognitiu.





Reptes de futur *en les cures de llarga durada*

Societats cuidadores

En algun moment de les nostres vides, totes les persones hem estat cuidades, serem cuidades i haurem tenir cura d'altres persones. Les cures són una responsabilitat de tots i s'han de convertir en un deure ciutadà, una obligació cívica. Necessitem revisar les cures de llarga durada i replantejar el món de les cures.

L'atenció a la soledat és un repte també de les societats cuidadores. Informar de la importància de les cures i el manteniment de les relacions socials com a mecanisme de lluita contra la soledat no desitjada, i democratitzar i visualitzar les estratègies existents per incrementar la xarxa relacional de les persones grans, pot contribuir enormement a incrementar la qualitat de vida de les persones grans, alhora que pot suposar un estalvi en termes econòmics en l'àmbit de la salut.

Solidaritat intergeneracional

Cal millorar la integració i la implicació comunitària de totes les persones i així augmentar la cohesió i la solidaritat intergeneracional.

La pandèmia ha tornat a posar de manifest una cosa que ens interessa destacar especialment en aquestes pàgines: la necessitat que societats i comunitats siguin inclusives per a totes les edats i generacions, no només per raons de solidaritat, equitat o justícia social, sinó també per comptar amb comunitats més fortes, més capaces i més habitables. La pandèmia actual ens ha fet recordar que hi ha problemes que patim en comunitat i que s'han de resoldre en comunitat.

Les cures posen en joc no només la viabilitat de la vida present, sinó la seva capacitat de perdurar en el futur. I les cures intergeneracionals són precisament el que té la seva raó de ser en prestar una atenció específica a la connexió entre benestar de les persones i pas del temps: com més generacions conviuen en un moment donat, més probable i imperiós resulta cuidar intergeneracionalment. Quan ho fem, apostem pel futur de les generacions cuidades, enllaçades en el temps amb les generacions cuidadores.

Una normativa comuna i augment del finançament i els tipus de recursos

3

A Espanya hi ha 384.251 places residencials en 5.567 centres distribuïts de manera desigual al llarg del territori espanyol.

Tenint en compte el dèficit de recursos i de places residencials, cada any s'han de crear unes 12.000 places noves. Això suposaria una atenció real a les cures de llarga durada i, alhora, una generació d'ocupació al voltant de les cures.

Amb la demanda demogràfica creixent i la situació del sector residencial (places insuficients i pocs centres especialitzats), les polítiques sanitàries, socials i econòmiques relacionades amb les cures han de millorar.

Coordinació socio sanitària

4

La integració de polítiques públiques des dels diferents sectors al voltant d'objectius comuns és una cosa molt necessària i alhora complexa. L'adopció d'un model de coordinació socio sanitària presenta unes oportunitats clares en l'atenció a les persones. D'una banda, una mirada integral i integradora en què els serveis d'atenció i cures girin al voltant de les persones i no a l'inrevés. De l'altra, l'optimització de recursos públics i privats destinats a l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada.

Cal coordinar els diferents agents implicats en les cures (famílies, serveis de proximitat al domicili, centres d'atenció primària i hospitals, centres residencials, voluntariat, xarxa veïnal, etc.).

Cal crear nous serveis a l'entorn on viuen les persones, al voltant dels seus habitatges, i redefinir i millorar els diferents suports i serveis d'atenció, transformant l'atenció al domicili (no només pel que fa als continguts, sinó també en la intensitat). Cal, a més, mirar de manera innovadora i generar serveis molt diversos entre els marges que delimiten la vida al domicili de forma autònoma i les residències per a persones grans en situació de dependència.

Aquests diferents serveis han d'oferir una atenció al domicili millor i més intensa (més qualificada professionalment, que pugui proveir de cures més complexes i més hores de dedicació per persona) i incloure serveis habituals en altres països, com ara apartaments amb serveis, habitatges assistits o les que calgui dissenyar quan correspongui (la innovació és un element clau també en aquest sector). Aquests equipaments haurien de tenir unes dimensions inferiors, amb més personalització de l'atenció, i ser més versàtils pel que fa a provisió d'ajuda i acompanyament a les persones.

Cuidar bé costa més diners i necessitem millorar condicions laborals, oferir més i diferents serveis i disposar de més professionals dedicats a això.

Cal situar les cures en un punt central de les polítiques públiques. Si no és així, anem directes al col·lapse. En diversos moments de les nostres vides serem cuidats, necessitarem que ens cuidin o serem cuidadors.

Autonomia i dependència no són termes contraris ni excloents. Com podem garantir la màxima autonomia possible (d'acció, de decisió...) en les persones que envelleixen? La vulnerabilitat forma part de les nostres vides.

L'eix en les persones

Els serveis han de girar al voltant de les persones, amb una mirada integral i integradora, des d'una finestra única que tingui, d'una banda, la capacitat d'actuar ràpidament davant les situacions de més vulnerabilitat i, de l'altra, que pugui prevenir, cuidar i millorar la qualitat de vida. La promoció d'una vida activa es relaciona amb un retard de les situacions de dependència.

L'atenció centrada en la persona parteix del respecte dels drets i les decisions sobre la seva vida. El centre se situa en la participació i la defensa de l'autonomia personal al màxim temps possible. La persona és agent en l'elaboració del seu pla de vida i el seu pla de cures.

5

Ageing in place

La millora dels entorns (accessibilitat, amigabilitat) facilita que les persones puguin viure la vellesa on vulguin. Com més gran és la xarxa de contactes d'una persona, millor és el seu estat d'ànim, el seu estat de salut i la seva percepció de qualitat de vida.

L'avenç de la telemedicina permetrà el seguiment a distància de patologies cròniques i agudes, el diagnòstic, el monitoratge, les autocures i el tractament i la permanència als domicilis.

6

Diversitat

El grup de persones majors de 65 anys no és un grup homogeni. A mesura que augmenta l'edat, augmenten les diferències entre les persones, fet que comporta maneres molt diverses d'envellir. Les polítiques públiques han de tenir en compte aquestes diferències en el disseny dels recursos i programes. Calen més recursos (més centres de dia, més centres residencials, més servei d'ajuda a domicili, més teleassistència), però també més varietat d'oferta. L'auge i el desenvolupament de noves maneres de convivència (*cohousing*, habitatges compartits...) són un fet i en l'àmbit local els gestors ho han de tenir en compte.

La mirada de gènere no ha de faltar en l'atenció a les cures de llarga durada. Hi ha més dones grans en situació de vulnerabilitat i també hi ha més dones que són cuidadores informals i professionals.

7

Avaluar i investigar

Una de les conclusions clares que es poden extreure de l'informe és la necessitat de fer diagnòstics socials per conèixer la realitat i les necessitats expressades per les persones que necessiten cures de llarga durada i avaluar els projectes, programes i recursos.

Cal fer estudis longitudinals en l'àmbit estatal que permetin millorar els recursos i adaptar-los a les necessitats canviants.

8

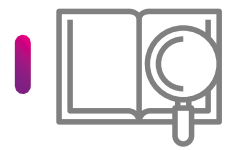
L'aposta per l'abordament de les CLD en les societats longeves hauria de tenir un caràcter més preventiu del que té actualment, almenys als països mediterranis. Ampliar la informació sobre els recursos existents i posar la persona al centre del procés de decisions permetria incrementar-ne la satisfacció i qualitat de vida, i les desvincularia de la disposició d'una família o de recursos econòmics. Actualment aquests factors tenen una implicació clara en el disseny dels programes proposats per expandir l'atenció domiciliària finançada amb fons públics per a persones grans amb discapacitat a la major part d'Europa.

En aquest sentit, a Espanya encara és necessari posar llum al sector per poder conèixer de forma exacta quantes persones reben cures informals en l'àmbit de casa seva, quantes estan institucionalitzades en el marc d'equipaments residencials i quantes opten per noves formes de cohabitació. No obstant això, tot i la opacitat, pot observar-se com els recursos existents són reduïts i, d'aquests, pocs són públics.

A Espanya encara és necessari posar llum al sector per poder conèixer de forma exacta quantes persones reben cures informals en l'àmbit de casa seva, quantes estan institucionalitzades en el marc d'equipaments residencials i quantes opten per noves formes de cohabitació

Metodologia de selecció de la literatura revisada

Revisió sistemàtica de la literatura i selecció basada en criteri expert



Aquest estudi sintetitza les troballes fetes en 111 documents que analitzen les CLD en les persones grans. D'aquests documents, 62 s'han obtingut després de fer una cerca sistemàtica de la literatura especialitzada, 35 de la cerca d'estudis basada en el criteri expert i 14 corresponen a informes elaborats per fundacions o organismes especialitzats en aquest camp. En aquesta secció s'explica el procediment que s'ha seguit.

A l'inici es va plantejar una revisió sistemàtica de la literatura especialitzada en els models de CLD i convivència de les persones grans. Aquesta revisió s'ha basat en la metodologia de The Campbell Collaboration, que estableix un protocol de cerca de literatura objectiu, transparent i sistemàtic.

En primer lloc, l'equip de treball va acordar de manera conjunta amb L'Observatori Social de la Fundació "la Caixa" quin seria l'abast de la revisió, així com els criteris d'inclusió. En aquest sentit, es va decidir no limitar la literatura a un àmbit geogràfic o temporal concret i incloure-hi tant estudis acadèmics com aquells elaborats per organismes internacionals o fundacions. Es van definir els models principals sobre els quals fer la cerca, com les cures en centres residencials i les cures domiciliàries, i en cadascuna d'aquestes àrees es van incloure diferents alternatives de cures o diferents models de convivència.

En aquest punt es van definir també les paraules clau de la cerca. Com a resultats principals dels models de CLD, es van tenir en compte conceptes com benestar, qualitat de vida, relacions socials, mortalitat, beneficis i costos. Aquests conceptes es van combinar amb diferents tipus de models (cures a la llar, centres de dia, centres residencials, *cohousing*, etc.) i conceptes com «persones grans», «sènior», etc.⁹ La cerca va incloure paraules clau en castellà i en anglès. S'ha tingut en compte qualsevol investigació que analitzi casos d'estudi, estudis de tall transversal, experimentals o quasi-experimentals, intervencions (aleatoritzades o no), estudis qualitius o revisions d'articles, sempre que fessin referència als models inclosos en la revisió.

A partir d'aquestes paraules es van construir els diferents cercadors booleans i es va utilitzar la base de dades de Scopus,¹⁰ i s'iniciava així l'etapa de la cerca dels

9 La cerca va incloure paraules clau en castellà i en anglès: *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 s'utilitza en alguns països per descriure el suport de respir], *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 Vegeu: <https://www.scopus.com/>.

Figura 1.



estudis, tant en anglès com en espanyol. Atès el nombre elevat de resultats, es va decidir limitar la cerca a l'última dècada, i després es van afegir aquelles investigacions que, després de la lectura dels estudis, fossin rellevants per a aquest estudi i s'haguessin publicat abans de 2010. Com mostra la figura 1, després de fer les cerques amb l'ús de les paraules clau, es van identificar un total de 293 documents que complien els criteris especificats. A partir d'aquí, es van eliminar els duplicats i, amb les investigacions resultants, es van seleccionar els informes que s'havien d'analitzar segons el títol i el resum (*abstract*). Dels 92 estudis que van superar aquesta selecció, l'equip de treball va llegir cada document complet, per acabar seleccionant els 62 documents que componen la revisió sistemàtica. Aquests documents es van classificar en una base de dades en què es va incloure informació sobre la mostra utilitzada, el país o l'àrea geogràfica a què fa referència, la pregunta d'investigació, la metodologia, una puntuació segons la Maryland Scientific Methods Scale (SMS)¹¹ o les troballes principals.

Després de fer aquesta cerca sistemàtica i avaluar-ne els resultats, es va detectar que els que obtenien una puntuació millor no s'havien fet a Espanya i no eren del tot representatius de la realitat espanyola. Com que l'objectiu de l'estudi era recollir l'estat de la qüestió tant en l'àmbit internacional com nacional, es va considerar necessari ampliar la selecció resultant amb estudis elaborats per les entitats i organitzacions del tercer sector amb un pes més gran en la prestació de CLD a persones grans a Espanya. Per això, després de la revisió de l'estructura inicial de l'informe d'acord amb l'evidència trobada, L'Observatori Social de la Fundació "la Caixa" i l'equip de treball van considerar que calia aprofundir o ampliar algunes àrees.

Així, es va procedir a una nova cerca complementària de la literatura basada en criteris experts. En aquesta segona fase es van identificar 35 estudis, i es va incloure també un total de 14 informes d'entitats públiques i fundacions amb l'objectiu de fer una revisió al més exhaustiva possible.

A partir dels 111 estudis i informes que van passar les dues fases de selecció, es va fer la síntesi dels estudis que es recull en aquesta revisió i que inclou els resultats principals de la literatura actual especialitzada en l'àmbit de les CLD.

11 La SMS és una escala de l'1 al 5 que ordena les investigacions —especialment les avaluacions— segons la robustesa de la metodologia emprada. Els criteris de classificació de l'escala SMS van des d'1 (estudi en què no es pot identificar la causalitat) fins a 5 (experiments aleatoritzats). El criteri principal per examinar la robustesa de la metodologia es basa en la manera en què el mètode tracta els problemes de selecció. Aquesta jerarquia no és absoluta i un estudi transversal pot proporcionar una evidència millor que un estudi amb una metodologia complexa i mal executada, o sense dades suficients. Tenint en compte que molts estudis trobats en el marc d'aquesta cerca no arribaven a puntuar en l'escala SMS, aquesta cerca s'ha tingut en compte només de manera orientativa, i no com a element de triatge per seleccionar les investigacions analitzades.

Característiques de l'evidència trobada

Una de les dificultats principals identificades en la revisió de la literatura es troba en el fet que una part notable dels estudis i informes analitzats no fa una descripció precisa dels models de cures, especialment en relació amb el context arquitectònic o bé amb els serveis associats a la provisió d'un model o altre de CLD. De fet, ni tan sols la definició de dependència, de cures o de cuidadors respon a criteris estandarditzats. Per tant, sota el mateix concepte es poden trobar definicions molt diverses i fins i tot divergents entre si. Això fa especialment complicada la comparació entre diferents investigacions, a la qual cosa s'afegeix el fet que en països diferents s'utilitzen conceptes diferents per descriure el mateix tipus d'instal·lacions de cures.

A nivell metodològic, gran part dels estudis es basen en enquestes per avaluar tant característiques dels participants en l'estudi –per exemple, el grau de dependència/autonomia– com resultats –per exemple, el nivell de satisfacció de les persones que utilitzen serveis o programes. En molts casos es tracta de mesures d'autoinforme que sovint fa el mateix centre o servei.

Com s'ha comentat en la valoració segons l'escala SMS, són molt pocs els estudis que es basen en assajos de control aleatoritzats (RCT, *randomized controlled trial*, per les sigles en anglès), i la majoria fan servir dissenys d'investigació o mètodes quantitativs poc sofisticats. En la mateixa investigació no es comparen persones en models de cures diferents, per la qual cosa és difícil saber si els resultats obtinguts es deuen al model en qüestió o a les característiques concretes de les persones usuàries d'aquest model. Es tracta, per tant, i en la majoria dels casos, d'evidència observacional. Tot això exigeix ser prudents a l'hora d'extreure conclusions de l'ús de cada un d'aquests models.

Bibliografia



Referències bibliogràfiques¹²



- 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., 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>

12

En aquesta llista apareix tota la bibliografia consultada per a la realització d'aquest Informe, si bé no tots els documents se citen explícitament en el text. Després d'aquesta llista es presenta la bibliografia categoritzada segons l'origen: de la revisió sistemàtica, basada en criteri expert o en 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. *Revue de Sociologie*, 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*. Nova 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. A H. Cairo i 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 a: <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*. Nova 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. A A. Jamieson & R. Illsley (ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG Editores i 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*. València: 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). A G Jaráiz i 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. A 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. A 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. A S. Pinazo-Hernandis i 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). A 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). A J. Yanguas (ed.), *El reto de la soledad en las personas mayores*. Barcelona: Fundació bancària "la Caixa".
- Poveda, R., Pinazo-Hernandis, S., Munuera, P. i 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>

- Puplambu, 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 Geriátría 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 Geriátría 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. *Ageing 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>

Estudis identificats en la revisió sistemàtica



- 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. i 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* (prepublicació) <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., 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. *Revue de la Recherche 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>

Estudis identificats d'acord amb criteri expert



- 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*. Nova York: Norton & Co.
- Carro, C. F., & Evandrou, M. (2014). Envejecer en casa, ¿preferencia habitacional o falta de alternativas?: un análisis del contexto europeo. A H. Cairo i 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. A A. Jamieson & R. Illsley (ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona, SG Editores i Fundació 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. A 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.
- 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>
- 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. A *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 Pílares, 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*. Nova 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. A 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 Anàlisis 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*. Nova 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.



Fundació "la Caixa"
