



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES  
INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES

Las personas mayores y las **RESIDENCIAS**  
TOMO 1

UN MODELO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LAS RESIDENCIAS

4

UN MODELO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LAS RESIDENCIAS



**R**

Las personas mayores y las **RESIDENCIAS**

TOMO 1



Observatorio de personas Mayores



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES  
INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES

# **PERSONAS MAYORES Y RESIDENCIAS**

**UN MODELO PROSPECTIVO  
PARA EVALUAR LAS RESIDENCIAS**

**TOMO I**

Ilustración de cubierta:  
Kommad, S.L.

Primera edición, 2000

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales  
Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Avda. de la Ilustración, c/v. Ginzo de Limia, 58

Teléf. 91 347 89 35

28029 Madrid

NIPPO: 209-00-016-0

ISBN (obra completa) 84-8446-027-4

ISBN (tomo I): 84-8446-029-0

Depósito legal: B1-3072-00

Impriime: Grafo, S.A.

## **EQUIPO RESPONSABLE DE LOS TRABAJOS EN LOS QUE SE APOYA ESTE LIBRO**

- **Diseño de los estudios, dirección de las investigaciones y redacción de este libro:**  
Manuel Martín Serrano
- **Aplicación y análisis del Delfos:**  
Oscar Maeso
- **Obtención de fuentes bibliográficas:**  
Santiago Álvarez y Celia Rodríguez  
Sonia Cruz
- **Tratamiento de fuentes bibliográficas para análisis de contenidos:**  
Esther Torrijos
- **Elaboración de programas para análisis de contenido:**  
Apex, S.A.
- **Procesamiento de textos y maquetados:**  
Amalia Díaz

## ÍNDICE GENERAL

	<u>Páginas</u>
PRESENTACIÓN .....	13
PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO .....	17
<b>0. ENFOQUE SISTÉMICO</b> .....	23
1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN .....	27
a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación .....	27
b) El carácter supradeterminado del sistema "Residencias" .....	28
c) La intervención del sistema de referencia .....	29
2. EL MODELO DE EVALUACIÓN .....	33
a) Enfoque sociológico .....	33
b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema "Residencias" ..	33
3. LA EVALUACIÓN .....	37
a) Amplitud de las evaluaciones .....	37
b) Contenidos de las evaluaciones .....	41
c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes .....	47
d) Las metodologías .....	48
<b>I. PROGRAMAS PÚBLICOS</b> .....	51
1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS .....	55
1.1. Evolución de las concepciones .....	55

	<u>Páginas</u>
1.1.1. De los asilos a las Residencias.....	55
1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias .....	57
1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados .....	58
1.2. Formas de clasificación.....	59
a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes...	60
b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias...	67
c) Según tamaño .....	69
2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES.....	73
2.1. Quiénes pueden ser residentes.....	74
a) La concepción desde la necesidad social .....	75
b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales .....	77
2.2. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias .....	78
a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia .....	79
b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura .....	82
c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad	84
d) Teoría del rol y de la clasificación por edades .....	85
e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez .....	86
<b>II. LAS INFRAESTRUCTURAS .....</b>	<b>89</b>
1. LOS RECURSOS .....	93
1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar.....	94
2. RECURSOS MATERIALES .....	97
a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno .....	98
b) Equipamientos genéricos.....	110
c) Equipamiento gerontológico .....	124

	<u>Páginas</u>
3. RECURSOS ECONÓMICOS .....	135
a) Importancia atribuida a la inversión y a la financiación de las Residencias .....	135
b) Debates abiertos en torno a los temas económicos .....	136
4. RECURSOS HUMANOS .....	139
5. LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS .....	141
a) Criterios de evaluación .....	141
b) Indicadores para la evaluación de equipamientos cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta .....	142
c) Indicadores para la evaluación de equipamientos específicos .....	143

### **III. LAS ESTRUCTURAS Y LOS ACTORES .....**

0. CONTENIDO .....	153
1. LAS ESTRUCTURAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LA GESTIÓN .....	155
1.1. Niveles de estudio de la organización y de la gestión .....	156
1.2. Desagregación del análisis .....	157
a) Objetivos .....	157
b) Niveles de organización y de gestión .....	163
c) Pautas posibles .....	167
2. LAS ESTRUCTURAS DE LAS INTERACCIONES .....	173
a) Las unidades de interacción, según el tamaño .....	175
b) Tipologías de roles y estatus .....	176
c) Interacciones distinguibles en función de los espacios .....	181
d) Pautas de interacción .....	184

	<u>Páginas</u>
3. LOS ACTORES .....	187
a) Tipologías de residentes .....	187
b) Tipologías de cuidadores/as y del resto del personal .....	209

#### **IV. LAS SUPRAESTRUCTURAS .....**

1. COMPONENTES SUPRAESTRUCTURALES DEL ANÁLISIS DE LAS RESIDENCIAS .....	229
2. NECESIDADES, DESEOS Y ASPIRACIONES DE LOS USUARIOS/AS a) Criterios y diseños .....	231
3. CLIMA SOCIAL .....	237
a) Concepto y componentes .....	237
b) Diagnóstico del clima social en las Residencias .....	238
c) Indicadores .....	239

#### **V. LAS PRÁCTICAS .....**

1. CONCEPTO Y ANÁLISIS .....	247
a) Interpretación de las prácticas como sistemas de intervención .....	248
b) El manejo de las desviaciones en las Residencias .....	249
2. FUNCIONES .....	253
a) Concepto y contenido .....	253
b) Criterios para identificar las funciones que deben satisfacer las prácticas .....	254
c) Naturaleza de las funciones .....	254
3. REPERTORIO Y CONTENIDO DE LAS TAREAS .....	257
a) Funciones relativas al hospedaje .....	257
b) Tareas asistenciales .....	262

	<u>Páginas</u>
c) La inserción/reinserción .....	311
d) Realización. Dimensiones a tomar en cuenta.....	322
e) Muerte, enfermedad terminal.....	332

**VI. RELACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS** ..... 335

BIBLIOGRAFÍA PROCEDENTE DE FUENTES SECUNDARIAS ..... 337

**VII. DOCUMENTACIÓN** ..... 365

PRESENTACIÓN..... 367  
ÍNDICE TEMÁTICO..... 369

## **PRESENTACIÓN**

La pervivencia de personas mayores hasta edades consideradas quiméricas para el conjunto de la población hasta hace escaso tiempo se apareja con el desarrollo de dependencias tanto físicas como psíquicas. Los recursos residenciales se conforman en esencias cuando la persona mayor alcanza un alto grado de dependencia, con necesidad de cuidados intensivos de tercera persona.

El cuidado de las personas mayores en el ámbito residencial se convierte en un reto ante la diversidad de atenciones que las personas mayores requieren, cuidados que han de adaptarse a los cambios que se producen en las dolencias propias del incremento de edad.

El IMSERSO, a través del Observatorio Permanente de Mayores, encuadrado en la Subdirección General del Plan Gerontológico y Programas para Mayores, junto con el Servicio de Estudios y Estadística de la Secretaría General, en su línea de investigación permanente para la mejora de los servicios para las personas mayores, ha promovido la realización de este estudio, cuyo objetivo es el establecimiento de un modelo base de indicadores que sirva para evaluar la calidad de los servicios no sólo en los aspectos estructurales, sino y principalmente en las facetas inmateriales que determinan las diferencias en los niveles de calidad en la prestación de un determinado servicio.

La investigación se afrontó mediante la utilización de técnicas documentales y cualitativas en tres fases consecutivas y una cuarta, paralela en el tiempo al conjunto de la investigación.

Una primera etapa se dirigió a realizar un análisis de contenido de todas aquellas obras que contenían información o análisis sobre las Residencias de personas mayores con carácter general. La selección de estas fuentes secundarias se

obtuvo de un volcado de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional.

El análisis de contenido bibliográfico y documental sirvió de soporte para extraer los indicadores indicativos que se sometieron a la valoración de técnicos y expertos en la materia a través de la técnica Delfos, que conformó la segunda fase del estudio.

Los indicadores a evaluar se organizaron en tres tipos de repertorios: los referidos al equipamiento material y humano, los vinculados a la atención/desatención que reciben los/as residentes en razón de las cargas asistenciales y los tocantes a las medidas de prevención y rehabilitación que son adecuadas en función de las cargas asistenciales.

Las aplicaciones que se realizaron en el Delfos fueron cuatro, que delimitaron los indicadores considerados esenciales por los profesionales y técnicos especializados en la materia.

La tercera fase de la investigación comprende la construcción del modelo de evaluación de los indicadores.

El modelo se ha estructurado en dos repertorios: de indicadores generales, que recogen los referidos a equipamientos, prácticas y controles que se consideran necesarios para una asistencia adecuada, y de indicadores específicos, que agrupan aquellos indicadores diferenciados según las necesidades de las dolencias de los residentes que sean necesarios para ofrecer una asistencia adecuada a los mismos.

A la documentación de carácter jurídico y normativo se le ha dado un tratamiento diferenciado al ser analizada y sistematizada en una base de datos que contiene toda la normativa estatal y autonómica concerniente a las residencias de personas mayores, base de datos creada con la voluntad de actualización y permanencia. Dicha base de datos configura la cuarta fase del estudio, que se ha elaborado de forma paralela en el tiempo al resto de la investigación.

De la suma de todo ello resulta un modelo global, abierto y adaptable a los cambios, que pretende servir como marco base para la elaboración de estructuras desagregadas de indicadores de evaluación de calidad de las residencias de personas mayores, que bien puedan evaluar el todo o parte de las mismas según las necesidades e inquietudes detectadas en el sector.

Deseamos que este trabajo sirva para fomentar aún más el interés en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan a las personas mayores en el ámbito residencial, enriqueciendo los instrumentos de medida que inciden positivamente en el trabajo diario de los profesionales.

**DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO**

# PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO

## 1. Materiales procedentes de fuentes secundarias que han sido utilizados para llevar a cabo este análisis del contenido

Este análisis de contenido representa la primera etapa de las que se han cubierto para realizar el estudio de estándares de calidad. Es un trabajo basado en el volumen sistemático de fuentes secundarias, que parte de las siguientes acotaciones:

- *Las obras que se han analizado, son libros, monografías, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica o profesional. No se han seleccionado textos de carácter jurídico o normativo, porque esta misma evaluación de los estándares de calidad de las residencias, incluye otro análisis de contenido, referido a las leyes, normas reglamentos, que conciernen a las residencias, y que, han sido promulgadas por las Comunidades Autónomas.*

- *La selección de fuentes secundarias para el análisis de contenido se ha restringido a aquellas obras en las que se haya localizado información o análisis que sean pertinentes.*

Se considera que una obra cumple con ese requisito de pertinencia cuando en ella concurren las siguientes características:

- *La información está referida, o puede ser aplicada, al estudio de las residencias para mayores. Por tanto, no se han analizado los textos referidos a residencias de estancia temporal, salvo cuando fuese necesario para ofrecer un contexto.*
  - *El contenido de la información tiene o puede tener una utilidad general.*
- Se entiende que cumple con este requisito de utilidad cuando la información que se encuentra en la obra sirve para:

- *Describir o aclarar* lo que es propio del contenido que se está examinando;
- *Diferenciar* lo que es específico de un contenido, y le distingue de otro u otros contenidos.

Por ejemplo, se han considerado de utilidad general:

- Los textos que describen y aclaran las características de aquellos/as residentes a quienes se les cataloga de “válidos”;
- Los que diferencian entre residentes “válidos” y “no válidos”

En cambio, no se han considerado útiles para este trabajo otros textos que tienen una utilidad puntual. Por ejemplo, descripciones referidas a las formas de cumplimentar los registros de residentes.

## 2. La metodología de análisis de contenido

Se utiliza esta metodología para organizar de forma sistemática la información. En este caso se ha sistematizado la información disponible en fuentes secundarias, referida a las residencias.

La *sistemática* propia de este método de análisis se caracteriza por los siguientes rasgos:

- *Requiere de un **modelo previo**, en el que se hayan definido los contenidos concretos que son objeto de análisis.* Ese modelo, tal como aquí sucede, sirve para dejar establecidos:
  - *El uso* al que está destinado el análisis y, por tanto, sus límites y sus especificaciones.
  - *Los criterios* que se han adoptado para orientar el trabajo de los analistas, y por ello la concepción que se tiene del objeto de estudio.
- *Entre los datos y análisis que son pertinentes y de utilidad general se seleccionan solamente aquellos que **no son redundantes**.*
  - Se entiende que un material ofrece información novedosa (o si se prefiere, que tiene información *no redundante*) cuando esa información no ha sido recogida en otro material ya analizado.

Generalmente, la mayor parte del contenido que se encuentra en obras tan específicas como las que se han examinado se repite en otras obras. Por ejemplo, hay mucha redundancia en los materiales referidos a protocolos de evaluación de las AVD. El análisis de contenido toma en cuenta a cada uno de esos protocolos que se reproducen en numerosos materiales (por ejemplo, la escala de Barthell), sólo la primera vez que lo encuentra.

Por un prurito de respeto al trabajo científico en este análisis de contenido se ha procurado, cuando ha sido posible, identificar a la fuente originaria de la que proceden los materiales. Pero esa precaución, desde el punto de vista estrictamente analítico, es irrelevante; porque los modelos que se elaboran en el análisis del contenido para describir cada tema que se analiza se construyen *integrando todos los datos que se hayan recogido*, los cuales suelen proceder de fuentes muy diversas.

- *Esta metodología tiene por objeto, en la fase de análisis de las fuentes secundarias, hacer repertorios completos; por tanto en esta etapa se evita introducir juicios de valor sobre la calidad de los materiales.*
  - Se pretende identificar el repertorio de planteamientos *diferentes* que existen en la literatura, referidos a los contenidos que se analizan, y describir los aspectos *distintivos* que son específicos de cada planteamiento.

Sólo después de que se haya concluido con esta etapa de sistematización se puede proceder a *evaluar* el estado de la cuestión. Pero también hay algunas reglas metodológicas que son útiles para que esa evaluación esté tan objetivada como sea posible. Se mencionan seguidamente.

### **3. La metodología de evaluación de los resultados obtenidos con el análisis de contenido**

Una vez que el análisis de contenido ha mostrado cuáles son los planteamientos alternativos que se han localizado en las fuentes secundarias, referidas al tema concreto que en cada capítulo sea objeto de estudio, es posible, y en nuestro caso obligado, evaluar el estado de la cuestión.

Esa evaluación responde a las siguientes pautas:

- *Valoración de la **coherencia** que tienen los materiales que se han localizado y analizado.*  
Por ejemplo: podría ocurrir (como de hecho ocurre) que se quiera resolver determinados problemas interviniendo sobre los *comportamientos* de los/as residentes, cuando tales problemas está documentado que tienen que ver más bien con los *modelos de gestión* de las residencias.
- *Valoración de la **completitud** que tienen los análisis.*  
Por ejemplo: pueden encontrarse (y se encuentran) diseños para diferenciar a las residencias según el estado de validez de los/as residentes, que no incluyen los *efectos* que tiene sobre esa clasificación de las residencias el *progresivo deterioro* de las personas mayores que viven en ellas.
- *Valoración de la **congruencia**.*

Es congruente un planteamiento en el que hay la posibilidad de captar los vínculos que existen en los análisis que se ofrecen; por ejemplo, entre *las causas* y *los efectos* del tema que se analiza.

Sea, por ejemplo, el análisis de las causas que se le atribuyen al crecimiento de la demanda de plazas en las residencias. Se mencionan entre otras causas la disminución del contingente de cuidadoras. Ese análisis, para que fuese congruente, llevaría a preguntarse por los efectos que el déficit de cuidadoras puede tener en la legislación actual, que hace de la familia, y no de las Administraciones Públicas, garantes y responsables de la atención a los mayores.

Queda, pues, explícito que el examen evaluativo al que se somete un análisis de contenido en ningún caso se hace en base a las pautas “mejor – peor”, “bueno – malo”, “acertado – erróneo”.

#### **4. Límites y utilidad de los análisis de contenido**

Para concluir con esta introducción hay que mencionar algunas de las limitaciones que tiene un trabajo de estas características, que no por obvias son menos determinantes de los resultados.

En el análisis de contenido sólo va a encontrarse lo que se haya introducido. En este caso se ha hecho un esfuerzo importante por abarcar un volumen de docu-

mentación que cubra con amplitud el tema de las residencias. De ello queda constancia en la bibliografía que forma parte de este estudio. Sin embargo, estamos seguros de que existirán otros documentos que no hemos localizado en los que se encuentre algún dato o algún enfoque que no hayamos detectado en los textos que se han volcado.

Un análisis de contenido es por definición un trabajo finito, que se va a ver permanentemente rebasado por la producción de nuevos materiales documentales.

De hecho, el mejor análisis de contenido es el que está destinado a ser superado, porque ayuda a identificar cuáles son las cosas *nuevas* sobre las que conviene comenzar a pensar y los nuevos modos en que pueden ser pensadas.

## **5. Presentación de este análisis de contenidos**

Este informe esta diseñado para que pueda ser ampliado o modificado a medida que se vayan incorporando nuevas fuentes. Para ello se utiliza un norma DIM, cuya desagregación se muestra en el esquema que sigue

El informe se inicia con un índice general, desagregado sólo a nivel de *los temas* que contiene esta obra. Luego, en cada parte, aparece el índice específico, desagregado a nivel de *los contenidos*.

En cada página existe una cabecera que permite establecer las relaciones entre lo que allí se analiza y el resto de la obra. Las citas bibliográficas, remiten al listado de las fuentes que forma parte de este informe.

Finalmente, se hace entrega de un tomo de documentos en el que se han incluido aquellas fuentes que convenía reproducir de forma más amplia o textualmente. Cuando hay referencia a algún material contenido en este tomo, aparece con letra roja a pie de página.

\* \* \*

Les estamos agradecidos a los/as autores/as que han proporcionado la materia para este análisis, y les ofrecemos nuestras disculpas por la pérdida de información y de matices que es consustancial con el método. Y sobre todo, nos discul-

pamos cuando en el proceso de transcripción o de análisis no hayamos acertado a interpretar correctamente el significado de los textos.

También tenemos una deuda con todas las Instituciones que han respondido a nuestra demanda de algunos materiales, que no se encuentran en los fondos documentales de libre acceso. Y agradecer toda la colaboración y la realimentación que hemos recibido del equipo que trabaja estos temas, con el mayor conocimiento y vocación, en el IMSERSO.

## **0. ENFOQUE SISTÉMICO**

# ÍNDICE

1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN .....	27
a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación .....	27
b) El carácter supradeterminado del sistema "Residencias" .....	28
c) La intervención del sistema de referencia .....	29
c1) Modalidades de intervenciones .....	29
c2) Criterios para justificar las intervenciones .....	30
c2.1) Los criterios bioéticos .....	31
2. EL MODELO DE EVALUACIÓN .....	33
a) Enfoque sociológico .....	33
b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema "Residencias" ..	33
3. LA EVALUACIÓN .....	37
a) Amplitud de las evaluaciones .....	37
a1) Evaluaciones globales .....	38
a2) Evaluaciones parciales .....	40
b) Contenidos de las evaluaciones .....	41
b1) De equipamientos, recursos y medios .....	43
	25

b2) De funcionamiento .....	43
b3) Niveles de calidad .....	44
b4) De capacitación .....	44
b5) De efectos .....	45
b6) De cargas asistenciales.....	46
b7) De rentabilidad .....	46
c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes .....	47
d) Las metodologías.....	48
d1) Los métodos de evaluación.....	48
d2) Técnicas de obtención de datos.....	49
d2.1) El recurso a los indicadores .....	49

# 1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

## a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación

### Planteamiento

El diseño de una evaluación de estándares de calidad en las Residencias no puede ser una evaluación de las Residencias como instituciones autónomas. Entendamos que es una evaluación de cómo tales Residencias:

se organizan,  
funcionan

en su condición de instituciones heterónomas. Es decir, estas Residencias están:

a) *Supradeterminadas.*

b) *Intervenidas.*

a) *Esa sobredeterminación* deriva de que las Residencias son *una parte*, incluida en un subsistema que gestiona la atención a las personas mayores, en el interior de un sistema mucho más amplio.

b) *Esa intervención* proviene de la permanente afectación que llevan a cabo los cambios que se producen en el entorno.

### Definiciones

- *Sobredeterminación:* Cuando la gestión de un sistema (en este caso el sistema de Residencias, del que forman parte las Residencias de mayores) responde a criterios que proceden de *fuera* del sistema (en este caso, los criterios administrativos que definen las políticas asistenciales para las personas mayores).

- *Intervención:* Cuando el diseño, el funcionamiento de un sistema, como el que nos ocupa, se ve afectado por lo que sucede en otros ámbitos externos al sistema. Por ejemplo: los cambios demográficos son factores de naturaleza social, que *intervienen* en el desenvolvimiento y en la eficacia del sistema de Residencias de mayores.
- La “intervención” consiste en cualquier afectación que se lleva a cabo en el diseño o en el funcionamiento de las residencias, para que mantengan el carácter de sistemas sobredeterminados por las políticas asistenciales.

## **b) El carácter supradeterminado del sistema “Residencias”**

### **Planteamiento**

El sistema Residencias se ocupa de atender a las personas mayores tanto en régimen de residencia permanente como temporal.

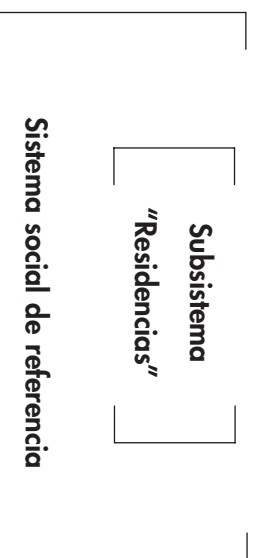
- En este sistema cabe diferenciar “un subsistema de Residencias de mayores”, que es el que aquí se analiza.

El análisis de las instancias que sobredeterminan y que intervienen en el diseño y en el funcionamiento de las Residencias, debe de tomar en cuenta *al sistema social de referencia* en el que están incluidas las Residencias. En este caso, esa referencia la constituye la sociedad española, con sus características sociopolíticas, económicas, familiares, administrativas, etc.

Desde este punto de mira se puede entender que las Residencias de mayores son un “subsistema” incluido dentro del sistema, que se ocupa de atender a las personas mayores; y que ambos, a su vez\*, están incluidos en el más amplio sistema que constituye la organización social en la que vivimos.

---

\* Para evitar tanta premiosidad en el análisis, se va a utilizar habitualmente el concepto “sistema”, y sólo cuando resulte imprescindible se distinguirá entre “los sistemas de referencia” y sus “subsistemas”.



- La sobredeterminación, que procede del sistema social de referencia, tiene el siguiente origen:
- El sistema social de referencia para las Residencias se ocupa de la asignación de:
  - derechos* (a veces encontrados);
  - recursos* (siempre escasos),
 entre las generaciones sociales (niños, jóvenes, adultos, mayores).

### **c) La intervención del sistema de referencia**

#### **c1) Modalidades de intervenciones**

Se ha definido como "intervención" cualquier afectación que tenga por objeto mantener el carácter sobredeterminado de las Residencias.

Esa sobredeterminación opera con un repertorio cambiante de intervenciones, que podrían distinguirse en base a las modalidades de afectación:

## MODALIDADES DE AFECTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

Las instituciones que intervienen en las Residencias,

	<i>Recursos</i>	(infraestructura)
● <b>Controlan o asignan:</b>	<i>Organización</i> <i>Ideología</i>	(estructura) (supraestructura)
● <b>Determinan o programan:</b>	<i>Funciones</i> <i>Objetivos</i>	(prácticas)
● <b>Establecen y evalúan:</b>	<i>La reproducción del sistema</i>	(programas)
	<i>Los cambios</i>	

## c2) Criterios para justificar las intervenciones

Las justificaciones (explícitas o implícitas) que se hacen en los textos analizados, de lo que se hace con las Residencias obedecen a muy variados criterios.

Se encuentran las siguientes variantes:

1. Puede entenderse que las intervenciones deben de estar destinadas a la gestión correcta de los *recursos materiales* (infraestructuras, equipamientos, etc.).
2. Se puede adoptar el criterio de que se interviene para ofrecer una adecuada *atención (asistencial y/o residencial)*.
3. Cuando el énfasis se pone en los/as usuarios/as, se adopta a veces el criterio de que las intervenciones tienen por objeto *ofrecer una buena calidad de vida* a los/as destinatarios/as.
4. Cabe entender que intervenir en el diseño y en la gestión de las Residencias, supone *afectar a la vida y a la muerte* de quienes en ellas moran.

Son distintos estos criterios, en cuanto a su naturaleza, más instrumental o más deontológica; pero no parecen excluyentes. Aunque, ciertamente, se encuentran a niveles distintos. Lo cual lleva a pensar que la relación que existe entre ellos tiene un carácter jerárquico. En este caso esos vínculos significarían que cada criterio debe de estar informado –o si se prefiere, debe de tomar en cuenta– a todos los otros que le siguen, precisamente en el orden que se han repertoriado.

Si así fuese, el criterio más general (en el sentido de que informa a todos los demás) sería el n.º 4. Es una justificación de las intervenciones que remite a consideraciones deontológicas y éticas. Se examinan en el siguiente contenido.

## **e2.1) Los criterios bioéticos**

Para buscar criterios deontológicos y éticos que justifiquen y que orienten las intervenciones que afectan a la vida y a la muerte de las personas y por lo tanto a lo que se hace con las Residencias, M. D. Hiller (en Treserra, M.A., *et alii*, 1993) propone el desarrollo de “la bioética”. La bioética se ocuparía de la defensa de la dignidad de la persona humana y de sus derechos indalienables.

La necesidad de la bioética derivaría de que existe un conflicto primordial entre los derechos del individuo y los de la sociedad, como un conjunto.

Según los autores (1993), la bioética puede también definirse como la disciplina que analiza cómo la sociedad ha de actuar en el terreno de la biomedicina, en las decisiones que afectan al nacimiento, la muerte, la naturaleza humana y la calidad de vida.

Además del campo específico referido a la ética de la salud y de la asistencia sanitaria, se dice que incluye las siguientes reflexiones:

- Referidas al acceso y a la distribución justa de recursos sanitarios
- Relativas a la protección y defensa de los derechos de los pacientes, de los profesionales sanitarios y de las instituciones de la sanidad.

Relacionadas con los estándares médicos y jurídicos que definen la vida y la muerte.

Estos son algunos ejemplos:

- Consentimiento por parte del paciente de las medidas asistenciales o paliativas que se le apliquen.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a la verdad.
- Derecho a morir con dignidad.

Según los autores, una ética de los derechos biológicos de las personas, implica:

- Justicia en la distribución de los recursos.
- Respeto al principio de la beneficencia.
- Igualmente, al de autonomía.
- Valoración de riesgos y beneficios.

Se recoge un análisis más pormenorizado en documentos O.1. c2.1.

## 2. EL MODELO DE EVALUACIÓN

### a) Enfoque sociológico

#### Planteamiento

La condición que tienen las Residencias de constituir un subsistema integrado en otro más global que le abarca y determina recomienda que se utilice un enfoque que tenga las siguientes características:

- En cuanto al contenido, *de naturaleza sociológica*.
- En cuanto a la comprensión, abierto a su *sistema de referencia*. Es decir, en relación con el sistema social de referencia que le sobredetermina y le interviene.
- En cuanto a la metodología, recurriendo a *modelos sistémicos*. Porque las Residencias incluyen numerosos elementos de carácter heterogéneo tales como personas, recursos y programas, que conviene analizar como componentes de un sistema y no como unidades aisladas.

### b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema “Residencias”

#### Planteamiento

El gráfico que sigue muestra los componentes que se han incluido en el análisis de las Residencias, como un sistema.

El diseño, distingue en **los centros** residenciales tres niveles:

- el de las infraestructuras;

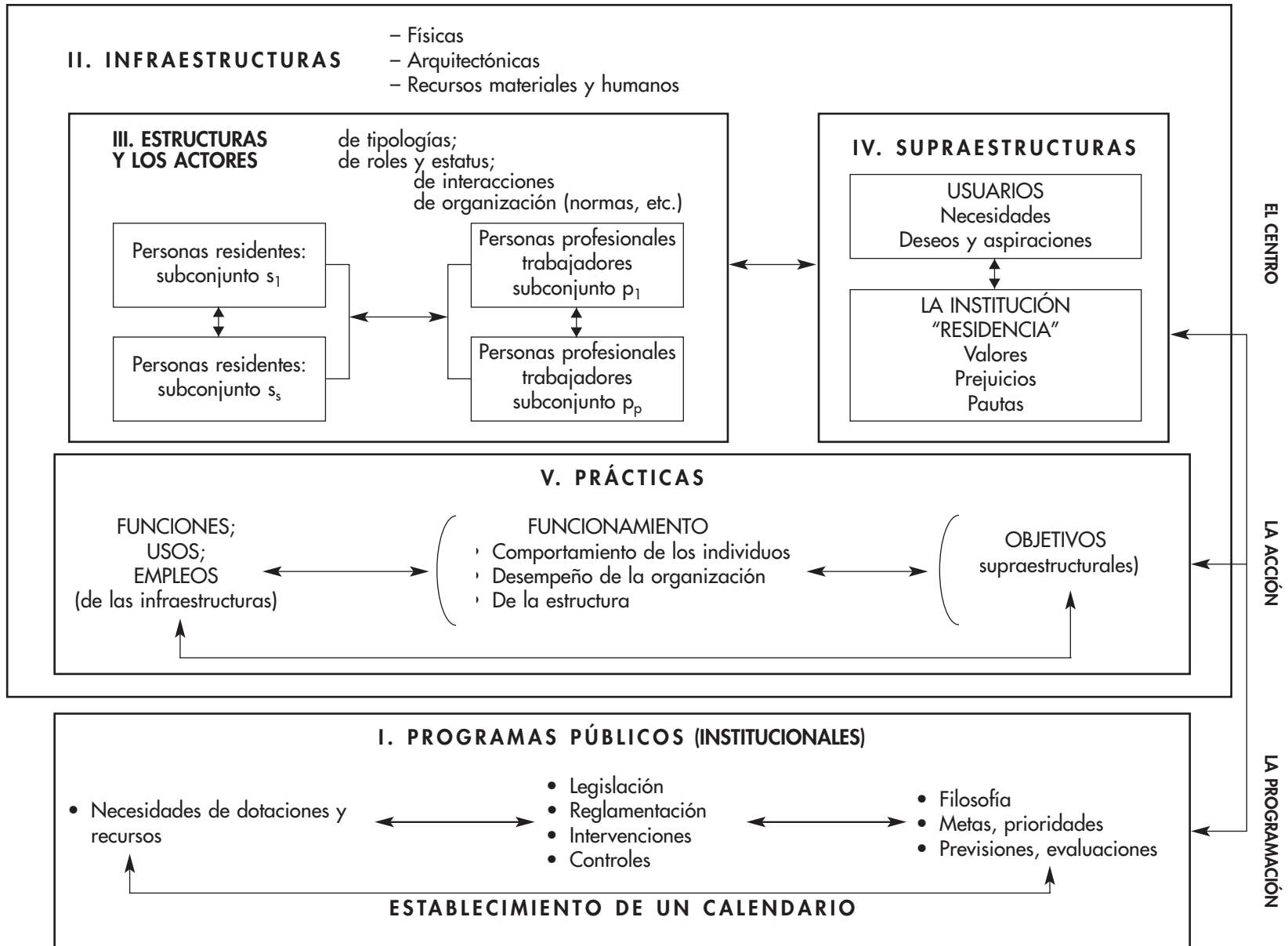
- el de las estructuras y actores;
- el de las supraestructuras.

Ese análisis de los centros, se relaciona con el estudio de **las acciones** que se realizan en las Residencias. Se concreta en el análisis de las *prácticas* de todo tipo que aparecen en el funcionamiento de las instituciones.

Se entiende que las acciones y los centros están sobredeterminados por **la programación** que se hace desde las instituciones de las Residencias en general, y de estas Residencias de mayores, en particular.

Este esquema responde a una concepción del funcionamiento de los sistemas sociales que vincula acción y control social. (Para un análisis de estos modelos, puede leerse: Martín Serrano, M., 1986.)

## LOS COMPONENTES DEL SUBSISTEMA "RESIDENCIAS"



### 3. LA EVALUACIÓN

#### Planteamiento

En la perspectiva sistemática que aquí se adopta evaluar una Residencia de mayores equivale a: poder establecer la correspondencia (o falta de correspondencia) que existe entre:

- Los *programas públicos*, que les fijan a las Residencias unas funciones, unos objetivos en el orden a la satisfacción de determinados criterios.
- Las *actuaciones* que se llevan a cabo en la práctica, para responder a esos programas.
- Las características que permiten diferenciar a *los centros* de Residencia de mayores y a *las personas* que en ellos participan, sea como residentes, sea como gestores y empleados.

El examen de los materiales que se refieren a la evaluación de Residencias puede sistematizarse tomando en cuenta:

- a) La amplitud de las evaluaciones.
- b) El contenido de las evaluaciones.

Así se procede en los análisis que siguen.

#### a) Amplitud de las evaluaciones

Según amplitud de la evaluación, cabe distinguir en los materiales analizados entre:

a1) Evaluaciones globales.

a2) Evaluaciones parciales.

a) Hay textos que abarcan la evaluación de la Residencia de mayores, con el propósito de tomar en cuenta *todos* los componentes que se consideran más representativos de ese funcionamiento de los centros, o al menos, los componentes que se consideran más representativos de ese funcionamiento.

b) Otros textos renuncian a ese proyecto de evaluación global e incluso ponen en duda la posibilidad de que una evaluación tan comprehensiva sea posible o sea útil. Son los análisis que se centran en la evaluación *de un determinado tópico*.

### a1) Evaluaciones globales

Las evaluaciones globales que se han analizado suponen necesariamente, aunque no siempre se explicita, unos presupuestos y unos modelos que remiten a algún paradigma.

Se entiende por “paradigma” un modelo de investigación general, que sirve para crear modelos específicos, en muy distintos campos. Los paradigmas que en España parecen tener más predicamento en el tema de la evaluación de Residencias son los siguientes:

- **Paradigmas ecológicos.**

Ponen en relación la producción y el manejo de un *entorno* con el *estado* y el desempeño de unos actores. En este caso el entorno residencial abarca, además de los componentes físicos, otros referidos “al ambiente social”, y el desempeño corresponde a la intervención de los/as gestores de la Residencia y a la calidad de vida de los residentes. La aportación de la catedrática Dra. Rocío Fernández Ballesteros y de su equipo de investigadores corresponde en gran medida a este paradigma y culmina con la elaboración del Sistema de evaluación de residencias de ancianos “SERA”. Hay un análisis más puntual de las principales líneas de desarrollo de este paradigma ecológico en (l.2f): Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez. Se ofrece un texto de la Dra. Fernández Ballesteros, en documentos 0.3.a1.

- **Los paradigmas estructurales – funcionalistas.**  
Derivan de las obras de Parsons T. (1966). En España esta corriente ha tenido menos desarrollo, pero en cambio resulta ser la predominante en EE.UU. Los planteamientos más pegados al modelo parsoniano, se describen en I.2.c. (Modelos funcionalistas de la desvinculación y de la modernidad). Pero también tienen raíces estructural funcionalistas los modelos que se fundan en el análisis de los roles y estatus (cf I.2.d.).
- **Los paradigmas que corresponden a modelos de equilibrio.**  
Tienen varias aplicaciones en el campo de donde proceden –la economía– y en el ámbito donde fueron adaptados por las ciencias humanas: la sociología y la psicología social. En este último contexto se utilizan por los psicólogos cognitivos (por ejemplo, Festinger, L., 1964, *Análisis de la congruencia y modelos de la disonancia*), pero aquí interesan más aquellos modelos que han desarrollado los psicólogos varias aplicaciones (modelos transaccionales, entre otros).
- **Paradigmas biologists.**  
Todos ellos tienen una réplica en el estudio de las Residencias. En este análisis de contenido se han tomado en cuenta al tratar en (I.2.e) las Teorías de la actividad y de la compensación.
- **Paradigmas críticos.**  
La lista quedaría incompleta si se dejasen fuera los paradigmas críticos. Proceden todos ellos del encuentro entre Estructuralismo y Marxismo que se produce en la década de los sesenta. Y más concretamente, de los análisis de la institucionalización, que llevan a cabo varios autores, franceses y estadounidenses. En España los más mencionados son los textos de Goffman, E.

(cf. bibliografía, pero en el resto de Europa la obra de referencia suele ser los trabajos de Foucault, M. (1964). Todos estos planteamientos confluyen con la obra crítica de la Escuela de Frankfurt, y con la corriente que en aquellos mismos años se denominó “Antipsiquiatría”. En todos estos espacios intelectuales se prestó atención a los problemas derivados del internamiento.

Cabe afirmar que las observaciones contenidas en todas estas referencias críticas han tenido un importante eco, sobre todo en los países nórdicos, donde se han desarrollado los programas que con más decisión buscan alternativas a las Residencias y a la institucionalización. En este análisis de contenido, hay varias ocasiones de mostrar la relevancia que tienen los paradigmas críticos, tanto en la parte del estudio dedicado a las prácticas (V) como en el que corresponde a las suprapracticuras (IV).

## **a2) Evaluaciones parciales**

El repertorio de áreas de investigación concretas que se tienen por más adecuadas para buscar indicadores destinados a la evaluación es muy amplio. Existe en Luque O. (1994) una sistematización, que es la siguiente:

*Áreas básicas de evaluaciones parciales:*

- I. Características físico – arquitectónicas del edificio
- II. Tipo, características y uso de los servicios de las Residencias
- III. Gestión y administración de las Residencias.
- IV. Satisfacción de los usuarios y características personales de los usuarios

Esta clasificación distingue las perspectivas que son distintivas de los diferentes especialistas. Generalmente, I interesa a los planificadores; II y III, a las Administraciones que evalúan el funcionamiento de las instituciones; IV, a los psicólogos, y todas, a los gerontólogos.

Los planteamientos que fundan las evaluaciones en unos aspectos concretos de las Residencias y de sus actores tienen en el actual estado de la información una ventaja y una limitación:

- La ventaja radica en que pueden ofrecer análisis muy elaborados, y en ocasiones con buen apoyo empírico, de aquellos temas que han seleccionado

como más estratégicos para llevar a cabo una evaluación. Por ejemplo, los modelos que describen tipologías de usuarios desde una perspectiva gerontológica, son muy completos.

- El inconveniente que puede encontrarse, tiene que ver con la falta de referencias sociológicas y en ocasiones axiológicas que suelen mostrar estas evaluaciones. Por lo general se muestran más pendientes *del uso instrumental* de los modelos que de los *presupuestos* y de las *consecuencias* que conviene tomar en cuenta a la hora de aplicar los modelos instrumentales.

## **b) Contenidos de las evaluaciones**

Se comprende que el contenido de la evaluación depende en lo esencial de los objetivos que se persigan. Estos objetivos siempre existen, aunque no estén explícitos, y suelen ser bastante diferentes, según que quienes propongan los contenidos a evaluar sean representantes de las Administraciones, profesionales de las Residencias, gerontólogos o empresas del ramo.

Para poner algún orden en el panorama tan disperso que se observa cuando se analizan las fuentes secundarias ofrecemos la clasificación siguiente:

<b>b1) De equipamientos, recursos y medios</b>	(Capacidad/incapacidad para desarrollar una práctica adecuada a la estructura del centro)  <i>Suficiencia/insuficiencia Adecuados/inadecuados (capacidad/incapacidad para prestar una atención adecuada al nivel de deterioro de los/as residentes)</i>
<b>b2) De funcionamiento</b>	(Eficiencia/ineficiencia de la organización y de las interacciones)  <i>Mejorables/no mejorables</i>
<b>b3) De niveles de calidad</b>	(Controles de calidad)  <i>Niveles mínimos/óptimos/posibles/eficiencia/ineficiencia</i>
<b>b4) De capacitación</b>	(Implantación/no implantación del programa)  <i>Desviación/cumplimentación</i>
<b>b5) De efectos</b>	(Adecuación o inadecuación de las prácticas)  <i>Deseados, satisfactorias/indeseados no satisfactorias Esperados/inesperados</i>
<b>b6) De cargas asistenciales</b>	(Capacidad/incapacidad para prestar una atención adecuada a los niveles de deterioro de los/as residentes)  <i>Evaluaciones mínimas/óptimas Residentes de riesgo alto/bajo</i>
<b>b7) De rentabilidad</b>	(Coste/beneficio de las Residencias; en términos de rentabilidad social y política para las Administraciones y de rentabilidad económica para las empresas)  <i>Rentable/no rentable</i>

### **b1) De equipamientos, recursos y medios**

El examen de la existencia y de la calidad de las infraestructuras y de la dotación de equipos materiales y humanos, son determinantes en todas las propuestas de evaluación que se han analizado.

Para organizar el enorme repertorio de literatura que trabaja esta línea de evaluaciones se cuenta en este estudio con todos los capítulos incluidos en el apartado II, "Las infraestructuras". La sistematización que allí se ofrece diferencia entre las siguientes evaluaciones:

- De los recursos materiales.
- De los recursos económicos.
- De los recursos humanos.

Las Administraciones suelen prestar atención preferente a esta línea de evaluaciones. Resulta justificado priorizar en cualquier evaluación las condiciones de infraestructura. Pero también puede que esta orientación, hacia los indicadores más primarios, tenga que ver con su mayor visibilidad y a veces con su más fácil comprobación. Lo cual es conveniente, siempre que se preste atención a otros criterios, cuya observación y evaluación resulta ser más complicada, porque no son evaluaciones de materiales, sino de comportamientos.

### **b2) De funcionamiento**

Esta clase de evaluaciones se articulan en torno a dos parámetros:

- La calidad de la gestión y
- La adecuación de las relaciones entre los actores que comparten las Residencias.

Constituye una línea de investigación a la que se han dedicado muchos esfuerzos, todavía más teóricos que aplicados por quienes ofrecen visiones globales del universo de las Residencias en los estudios que ha promovido el IMSERSO. Notoriamente, estos modelos de evaluación aparecen en los textos escritos por equipos vinculados a la Universidad, y también en especialistas que están implicados en la gestión de Residencias.

En este estudio se ofrecen varios análisis, en I.1. "Concepción de las Residencias", y sobre todo en II.4. "Recursos humanos".

### **b3) De niveles de calidad**

Tal como señalan Treserra, M. A., *et al.* (1993), el nivel de calidad tiene una relación directa con el coste. Sólo considerando los recursos que se quieren o que se pueden aplicar al funcionamiento de las Residencias se pueden señalar unos niveles.

Pero incluso cuando ya se hayan tomado en cuenta esta premisa (y siguiendo a los autores) el concepto de calidad resulta de una combinación de objetividad y subjetividad.

Por tanto una evaluación de la calidad en la práctica suele remitir a un análisis de la eficiencia/ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles. A nivel enunciativo, se apuntan los parámetros siguientes:

- Evaluación coste – beneficio a nivel individual (satisfacción del individuo).
- Evaluación coste – beneficio a nivel social (rendimiento social).

*Los sistemas de priorización (escala de valores)*

La definición de los niveles de calidad en las Residencias puede realizarse —dicen— tomando en cuenta tres criterios alternativos:

- El mínimo.
- El posible.
- El óptimo.

### **b4) De capacitación**

Todas las evaluaciones que pertenecen a esta línea comparan la correspondencia que existe o no existe entre:

*Los programas que se les marcan a las Residencias (desde las Administraciones).*

*La implantación que de ellos se hace.*

Estas evaluaciones operan con el criterio “desviación/cumplimentación” para llevar a cabo el control de las Residencias.

Son las evaluaciones que más se corresponden con la forma tradicional del control. Sirve, sobre todo, para que quienes tienen la responsabilidad de conce-

der autorizaciones de apertura y de llevar a cabo el seguimiento de estos centros residenciales, cuenten con criterios de evaluación objetivos. Tales criterios normalmente aparecen explícitos en normas y reglamentos de las CC.AA.

Otra forma alternativa podría consistir en llevar a cabo la evaluación de la capacidad de los centros por *objetivos*. Teniendo en cuenta que una parte importante del sector que gestiona las Residencias es de titularidad pública o recibe subvenciones, esta otra línea de evaluación podría ensayarse y tener continuidad. De este modo, el criterio más dinámico “logro/mallogro” tendría un lugar en las políticas administrativas.

### **b5) De efectos**

El análisis de los efectos tiene dos criterios distintos:

- Según se analice el carácter “deseable/indeseable”, “satisfactorio/no satisfactorio”, de lo que se hace en las Residencias y de lo que en ellas sucede. Esta perspectiva puede acogerse bajo el rótulo de “análisis de las prácticas”. Constituye a nuestro juicio un contenido esencial para diseñar indicadores de evaluación. Se encuentran referencias a las prácticas en la mayoría de los textos que proponen evaluaciones de los niveles de calidad y del funcionamiento (ya mencionados en b2 y b3). Pero es poco frecuente que se traten las prácticas como un componente *diferenciado* del sistema de “Residencias”, tal como nosotros lo sugerimos en este mismo estudio y desarrollamos en la parte V de este análisis de contenido.

- Un segundo criterio, lleva al estudio de los efectos “esperados/inesperados”. Este enfoque deriva de la siguiente evidencia:

En los sistemas complejos, como son las Residencias, hay inevitablemente consecuencias de las intervenciones sobre el sistema que no han sido previstas y que a veces pueden ser indeseables; e incluso lo suficientemente graves como para dar al traste con los programas que se quieren aplicar y con los objetivos que se desean alcanzar. El análisis de los materiales de los que hemos dispuesto indica que este criterio se utiliza poco. Para introducir esta referencia a los efectos en la evaluación de las Residencias se requiere que se dhonde en los vínculos que existen entre el sistema residencial (y lo que en él acontece) y el sistema social.

## **b6) De cargas asistenciales**

Se ha indicado que la calidad de una Residencia tiene que evaluarse considerando los recursos disponibles. De modo equivalente, los recursos de todo tipo que cabe exigir a las Residencias convendría que se evaluaran en razón de *las cargas asistenciales* que deben de soportar. Por ejemplo, entre una Residencia donde toda la población es de personas válidas y otra donde conviven quienes son autónomos y quienes no son válidos, existen obvias diferencias en las respectivas cargas asistenciales.

Existen numerosos indicadores que clasifican a los/as residentes, según la cantidad de atenciones que requiere. Se analizan en 1.2. "Concepción de los residentes" y sobre todo en V3b "Repertorio y contenido de las tareas asistenciales"\*. Sin embargo, y por más que parezca sorprendente, ninguno de las fuentes que se han analizado, ofrece un modelo que permita algo tan necesario para las políticas, como clasificar a las residencias según sus cargas asistenciales. Pretendemos contribuir a subsanar esa carencia con el sistema de indicadores que ofrecemos en el correspondiente informe, con el que se culmina el trabajo que nos ha encomendado el Inmerso.

## **b7) De rentabilidad**

La circunstancia de que en el sistema de residencias participen tanto las administraciones públicas como la iniciativa privada, significa que la evaluación de rentabilidad, responde a dos criterios distintos. Se observa que esos criterios no siempre son coincidentes, a veces aparecen encontrados, y en cualquier caso son distinguibles.

- Para las Administraciones públicas prima el criterio de *la rentabilidad política* (en la más noble acepción del término política, que le vincula al interés público), y
- Para la iniciativa privada cuenta *la rentabilidad de la inversión* (en el no menos noble sentido de inversión que viene a satisfacer una demanda social no cubierta).

---

\* Las "cargas" que suelen tomarse en consideración varían según los autores, pero suele haber coincidencia en los siguientes indicadores:

- Problemas de autonomía y movilidad
- Disminuciones sensoriales

— Dificultades para las actividades instrumentales de la vida diaria

Todos ellos están contemplados en este análisis de contenido, a lo largo del capítulo V.3. "Repertorio y contenido de las tareas".

La coexistencia del modelo mixto de gestión que existe en España lleva emparejado un debate referido a cuál debería de ser el criterio predominante y a la manera en que pueden compatibilizarse ambas rentabilidades. Este tema muy posiblemente va a saltar a la actualidad de los medios de comunicación de masas y también es previsible que sea objeto de debate político en un plazo breve.

### **c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes**

En teoría cualquier actor implicado en el universo de las Residencias puede ofrecer información. En la práctica los textos que se han analizado privilegiaban a unos u otros informantes. Si se examina con detenimiento el cuadro que se ofrece cabe pensar en otras prioridades alternativas.

#### **Los informantes que habitualmente se mencionan en las fuentes secundarias, para cada tema objeto de información**

<b>Categorías de informantes</b>	Residentes	Sus familiares	Gestores de las Residencias	Empleados *	Observadores **
Objetos de evaluación					
La Residencia	*				*
Los residentes, su estado Y situación	*		*	*	
Los familiares	*		*		
Los gestores	*				*
Los empleados	*				*
Las políticas públicas	*		*		*

\* Se diferencian según el caso y la función.

\*\* Se distingue entre quienes están vinculados y no están vinculados con las Administraciones.

## d) Las metodologías

En la evaluación conviene distinguir entre los *métodos* y las *técnicas*.

- Los *métodos* corresponden a la forma en la que se obtiene la información.
- Las *técnicas* se refieren a las herramientas de las que se sirve cada método para realizar la evaluación.  
Se analizan seguidamente.

### d1) Los métodos de evaluación

El repertorio de métodos que son en principio pertinentes para llevar a cabo evaluaciones es muy amplio. Aquí no cabe ahondar en mayores desarrollos (puede consultarse a este propósito, Martín Serrano, M., 1978).

En las fuentes secundarias analizadas hay ejemplo del recurso a las siguientes metodologías:

- **Método tipológico.** Para clasificar a los/as residentes.
- **Método praxeológico.** Para evaluar los comportamientos de los/as residentes.
- **Métodos constructivistas y holistas.** Para diseñar modelos globales de evaluación de las Residencias, a partir de los cuales evaluar los aspectos concretos.
- **Métodos positivistas.** Todos los que recurren a escalas tipificadas y validadas.
- **Métodos formalistas.** Cuando se compara el ajuste o la desviación entre los programas a cumplir y la aplicación de los programas.
- **Métodos sistémicos.** Cuando se evalúan los elementos que son objeto de análisis, en cuanto constituyen parte de un sistema.

Es un repertorio amplio que contribuye al enriquecimiento de las perspectivas.

## d2) Técnicas de obtención de datos

Los principales recursos que se están utilizando (por este orden) son:

- **El cuestionario o protocolo.** En sus dos opciones: autoaplicado y aplicado por personas más o menos cualificadas, en función de la dificultad que tenga la cumplimentación.
- **La entrevista.** Generalmente precodificada y luego categorizada como un cuestionario. Existe un uso bastante más escaso de las entrevistas semiestructuradas\* y resulta meramente testimonial el empleo de las dinámicas de grupo.
- **La observación participante.** Esta técnica parece que está despertando interés en los trabajos más recientes que se han publicado. Pero no se suele encontrar todavía el uso de la observación participante, distanciado y objetivado, que se recomienda por parte de los antropólogos. Los investigadores que observan lo que sucede en las Residencias habitualmente no cumplen con esos requisitos porque suelen estar implicados en la asistencia a los/as residentes.
- Se echa de menos el recurso a la explotación de documentos, tanto administrativos como asistenciales. Técnica que sirve para muchas más cosas que para la mera inspección de la calidad de los servicios

### d2.1) El recurso a los indicadores

El destino de las evaluaciones es servir para la comparación:

- **Comparación sincrónica,** por ejemplo, entre diferentes centros, llevada a cabo en un mismo tiempo, o
- **Comparación diacrónica,** por ejemplos, en las mismas Residencias, con un intervalo de cinco o diez años.

Las herramientas adecuadas para estos usos tienen que ser estables (no verse muy afectadas y por el paso del tiempo) y permitir alguna medida obtenible (ser razonablemente cuantificables).

\* Las entrevistas denominadas "en profundidad" o "semiestructuradas" suelen ser útiles para trabajar con informantes cualificados/as. Pareceña una técnica útil, pero existen pocos ejemplos de utilización.

Por otra parte es imposible medir todos los aspectos que son relevantes cuando se evalúa un determinado tema referido a las Residencias. Hay que elegir, entre todos los aspectos que podrían evaluarse, aquel o aquellos que sean más *indicativos*.

Las mediciones que tratan de responder a estos requisitos son, precisamente los indicadores.

Por eso, desde el punto de vista de las técnicas de investigación, en el caso de las Residencias, es lo mismo hablar de "modelos de evaluación" que "de reportorios de indicadores".

Siendo el indicador una herramienta cuyo empleo es muy adecuado y bastante eficaz cuando está bien diseñado y elegido, no por eso deja de presentar algunos problemas. No hay aquí lugar para detallar estas cuestiones técnicas, pero conviene al menos advertir lo siguiente:

Una cosa es el indicador, que *indica* algo a propósito de las Residencias, o de los/as residentes, y otra más compleja *las Residencias* y *los/las residentes*. Mencionar esta perogrullada resulta una precaución ineludible. Porque los indicadores psicotécnicos priman en este campo sobre otros menos tipificadores. Y aunque los pruritos de garantizar la significatividad y la validez en la evaluación son legítimos y en ocasiones muy justificados, la herramienta psicotécnica puede llevar a algún abuso. Porque es sabido que "la normalidad" y "la desviación" estadísticas tienden a la hipóstasis, deviniendo juicios de valor sobre lo que hay que considerar "normal" y "desviado" entre los residentes y en las Residencias.

Se ofrece una descripción de cómo pueden utilizarse los indicadores en las Residencias, en Documentos 0.3.d2.2

## **I. PROGRAMAS PÚBLICOS**

# ÍNDICE

1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS .....	55
1.1. Evolución de las concepciones.....	55
1.1.1. De los asilos a las Residencias.....	55
1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias .....	57
1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados .....	58
1.2. Formas de clasificación.....	59
a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes ..	60
a1) Criterios implícitos.....	60
a2) Tipologías .....	62
a2.1) Como lugares de permanencia temporal .....	63
a2.2) Como lugares de Residencia de mayores .....	63
a2.3) Residencias mixtas (para válidos y no válidos).....	65
a3) Aporías del modelo .....	66
b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias.	67
b1) Repertorios de objetivos y funciones.....	67
b2) Áreas de atención asistencial .....	68
	53

c) Según tamaño .....	69
d1) Clasificación de los centros residenciales según su tamaño	70
d2) Propuestas para evitar la masificación.....	71
<b>2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES.....</b>	<b>73</b>
2.1. Quiénes pueden ser residentes.....	74
a) La concepción desde la necesidad social .....	75
b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales.....	77
b1) La incapacidad de las instituciones para atender las necesidades .....	77
b2) La concepción jerárquica de las necesidades.....	77
2.3. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias .....	78
a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.....	79
a1) Rasgos discriminativos .....	80
a2) El modelo implícito en la concepción de los residentes	81
a3) Análisis del deterioro en las Residencias como limitador de los/as residentes .....	81
b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura .....	82
c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad	84
d) Teoría del rol y de la clasificación por edades .....	85
e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez .....	86

# 1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS

## 1.1. Evolución de las concepciones

### 1.1.1. De los asilos a las Residencias

#### LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Con una mirada que tenga perspectiva histórica, la concepción de los centros para atención permanente de las personas de edad ha seguido el siguiente recorrido:

*Del asilo* –que prestaba atención paliativa o de arrecogimiento a personas que por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas–, a *una estructura de servicios comunitarios*, de las que son componentes las Residencias.

— *Diferencia* a los actuales servicios comunitarios de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia que desarrollaron aquellos servicios de arrecogimiento, la voluntad de no generar desadaptación ni desarraigo. Por eso tratan de ofrecer al conjunto de la población mayor apoyo para permanecer o para reorganizar las relaciones con el medio social de procedencia.

---

Fuentes: Badoy, G. (1989); Bazo, M. T., coord (1999); Bennett, R., y Nahemow, L. (1975); Conseil de l'Europe (1993); Fericgla, J. M. (1992); Foucault T. M. (1964); *Gerontología y sociedad* (1987); Goffman, E. (1961; 1972); Jameson, A. (1994); Janile Bris, H. (1993); Jovenel, H. (1989); Juan, H., y Pastor, V. (1990); Kalish, R. A.; Martín, P., y Bellido, N. (1993); Miranda, M. J., *et al.* (1985); ONU (1982); Parlamento Europeo (1993); Ramos M., (1995); Rev. *Papers* (1992); Rodríguez, S., y Sancho, T. (1995); Ruiz, J., y Martínez, R. (1994); Sánchez, L. S. (1991); San Román, T. (1990); Shanon, E., *et al.* (1978); Todd, E. (1983); Walker, A., edit. (1982, 1994).

— *Permanece* todavía de aquella tradición asistencial la condición de instituciones de servicio público que tienen estas Residencias:

- Servicio que puede y debe de ser promovido y si fuese necesario gestionado directamente por las Administraciones;
- Y que en todo caso, tiene que estar regulado y controlado por las instituciones públicas cuando las Residencias sean de titularidad privada.

Si esa perspectiva histórica que proponemos abarcarse desde la Revolución Francesa, se observaría que es ahora cuando realmente está haciendo crisis el concepto “asilar” de la asistencia a las personas mayores. El hecho que mejor puede manifestar esta transformación es el esfuerzo que se viene haciendo por buscar alternativas a las Residencias destinadas a una retirada definitiva de la vida comunitaria.

Las razones por las que ahora se empieza a despegar de la concepción asilar son sólo en parte teóricas y deontológicas. También tienen que ver con factores sociodemográficos y de políticas asistenciales:

- a) El incremento de la población mayor;
- b) La prolongación de los años de vida de esas mismas cohortes de población;
- c) El esfuerzo por retrasar cuanto sea posible el ingreso en las Residencias. Consecuentemente las Residencias se están llenando de un proporción cada vez mayor de personas que ingresan para recibir una asistencia terminal.

Estos cambios en la estructura de la población y de la asistencia a los/as mayores están teniendo también algún efecto perverso; que analizamos seguidamente.

## LA VIGENCIA DE LAS FUNCIONES ASILARES

Resulta una ironía de la historia que cuando existe voluntad de buscar alternativas a la Residencia “de retirada” es cuando más se aprecia la necesidad de encontrar dónde y cómo acoger a un número cada vez mayor de personas no válidas y sin otras alternativas asistenciales que las Residencias públicas o financiadas con los presupuestos públicos.

Con lo cual, y por la presión de los hechos –una vez salvadas las diferencias en cuanto a calidad de atención y en cuanto a valoración de las personas–, *se está volviendo nuevamente a la concepción de las Residencias que se encuentra originariamente en la fundación de los asilos*. Esta necesidad de seguir asegurando las funciones asistenciales que cumplió el asilo para las personas desprovistas de apoyos y de redes sociales no puede obviarse. Pocas veces se encuentra explícita esta reflexión en los textos analizados; pero está implícita en los propios baremos que aplican las Administraciones para asignar plazas en las Residencias.

Toda vez que el nuevo escenario demográfico parece ser una situación inevitable, va a crecer la demanda de Residencias permanentes con un elevado contenido asistencial e incluso paliativo. Sería muy útil que se ahondase mucho más en el papel que les corresponde desempeñar a las diferentes modalidades de Residencias permanentes, dentro del sistema global de atenciones a las personas mayores. Todo ello sin dejarse condicionar por los prejuicios y la mala conciencia que genera la referencia histórica a los asilos.

En las páginas que siguen se ofrece la información disponible, en la que se muestran los esfuerzos por adecuar la evolución vital de las personas mayores, con el diseño de los servicios residenciales. Documento: II. 1. 1: “Programa sueco de acomodación en alojamientos para las personas mayores”

### **1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias**

A nosotros nos compete centrar el análisis en las Residencias de mayores. Hecha esta acotación puede ser previo y necesario obtener algunas indicaciones de esta breve mirada evolutiva:

- La atención institucional a las personas mayores tendrá que seguir ofreciendo lugares de retirada de la vida comunitaria;
- En consecuencia, las atenciones paliativas serán, en la práctica, el máximo que queda ofrecer a una parte importante de los y las residentes. Lo cual indica que se puede estar cerrando en falso el debate sobre las funciones asilares de las Residencias.

El escenario de un número creciente de personas mayores con 85 o más años, necesitadas de centros donde predominen los cuidados paliativos, ya es el que corresponde a España.

A pesar de los esfuerzos, tanto de reflexión como de equipamientos que se vienen haciendo [Cf. *Proyección y contenido de un centro residencial para la Tercera Edad*, INSERSO, 1990], sería una ligereza suponer que se cuente en este momento:

- Con un modelo en el que esté claro cuáles deben de ser las tipologías de Residencias que es necesario establecer, a quienes deben de estar destinadas y qué funciones deben de cumplir.
- Con una infraestructura que pueda atender la avalancha de personas muy mayores, que van a necesitar un techo y unos cuidados permanentes.

El horizonte de lo indeseable sería que, desbordados por el inexorable cambio demográfico, las instituciones no consigan poner en funcionamiento los centros que se requieran y que una parte importante de esa población anciana se convierta en marginada y desvalida. Con lo cual habría que reinventar las instituciones para ancianos basadas en el altruismo o la caridad: es decir, otra vez los asilos.

También es un escenario indeseable, pero no imposible, que queden desbordadas las Residencias que deban de ocuparse de los/as ancianos/as necesitados/as de cuidados paliativos. Sería de temer que si se les lleva al tope de su capacidad y de su adecuación para atender las necesidades de las nuevas generaciones de ancianos, se constituyan en instituciones inadmisibles a las que se les vuelva a poder describir con las imágenes de pesadilla que tenían los asilos en la literatura del siglo XVIII y XIX.

### 1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados

A tenor de cuanto se ha indicado en los epígrafes procedentes, se deduce:

- Que el esfuerzo por eliminar el modelo asilar para sustituirlo por otro de prestaciones de servicios a la Tercera Edad es un empeño histórico de la mayor validez y trascendencia social.
- Que constituye criterio esencial de ese cambio de perspectiva conseguir sustituir siempre que sea posible el internamiento por la asistencia en el entorno familiar y social de las personas mayores.

— Que ese empeño todavía no se ha alcanzado entre nosotros. Por ahora no se han hecho públicos ni los programas ni los recursos, ni los plazos destinados a llevar a cabo esa revolución histórica en el ámbito de las prestaciones a las personas mayores.

— Que si ese proyecto no llega a “implantarse —e incluso si la implantación se lleva a cabo con ritmos o con recursos insuficientes—, las previsiones demográficas pueden hacerlo inviable.

Abandonado el modelo asilar, la redefinición de las modalidades de Residencias y de sus respectivas funciones tiene que hacerse en el marco de un sistema global de atención a la Tercera Edad:

- Global porque abarque a toda la población mayor;
- Y porque incluya y relacione todas las prestaciones;
- Y porque se prolongue desde el inicio de la edad mayor, hasta la muerte.

*Mientras se siguen dando sucesivos pasos en ese sentido, es obvio que un sistema de indicadores no puede ni debe ser una herramienta cerrada. Porque el objeto que trata de evaluar esta cambiando y va a tener que cambiar muy aceleradamente.*

La utilidad del indicador será mayor en la medida en la que ofrezca información útil para seguir el proceso del cambio.

## 1.2. Formas de clasificación

### Planteamiento

Las formas de clasificación de las Residencias remiten explícita o implícitamente a algún marco más amplio. En este texto, ese marco de referencia se ha identificado como «el (sub)sistema de prestación de servicios a las personas mayores».

En el interior de tal (sub)sistema, las Residencias que son objeto de este estudio corresponden a aquellas que funcionan como lugares de vida permanentes. Tales Residencias constituyen solamente uno de los eslabones de una cadena de

centros que incluyen, además, a centros de estancia temporal y a otros de carácter ambulatorio.

La clasificación de este amplio repertorio varía mucho según cual sea la Comunidad Autónoma que se considere (cf. análisis de contenido de la labor legislativa de las CC.AA.). Se denominan además con nombres diferentes a centros que cumplen funciones equivalentes (por ejemplo, centros de día, casals d'avis, los centros ambulatorios, centros de diagnóstico y rehabilitación, etc.).

Las diferentes denominaciones responden lógicamente a criterios distintos. En ese repertorio de enfoques se pueden establecer las siguientes variantes:

### **Enfoques que se encuentran en las formas de clasificación de las Residencias:**

- a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes.
- b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias.
- c) Según organización.
- d) Según servicios.
- e) Según tamaño.

Se examinan a continuación:

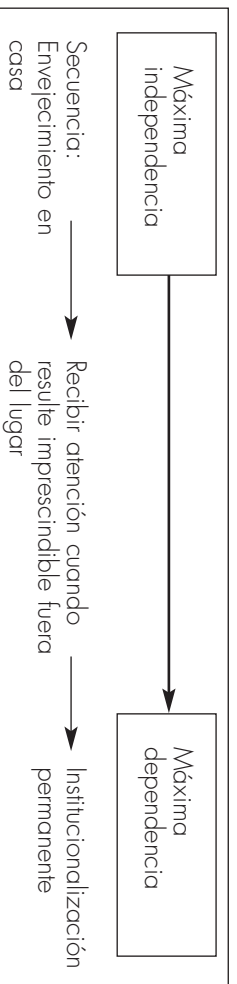
## **a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes**

### **a1) Criterios implícitos**

Referirse a las tipologías de Residencias según el tiempo de permanencia de los residentes es un criterio solidario de los niveles de autonomía de las personas mayores.

Siendo diferentes los niveles de autonomía, diversas deben ser las ofertas de Residencias y sus funciones

### La diversificación de las Residencias pretende ofrecer alternativas especializadas a los mayores de 65 años (alternativa al deterioro en casa y al ingreso en Residencias).



Este criterio tiene un carácter secuencial. La atención se iría ofreciendo en lugares diversos a lo largo de la historia de vida de la persona mayor

La institucionalización no sería el objetivo final de los programas públicos, sino prolongar cuanto sea posible la atención a la persona mayor en su contexto social (si es posible en su domicilio), facilitando que se mantenga la integración en su medio, con los suyos.

Este enfoque obliga a un profundo rediseño de las políticas generales de prestación de servicios a la Tercera Edad, con sus correlatos de adaptaciones normativas y administrativas. Además requiere de otra asignación más cuantitosa de recurso privados y públicos y de otra redistribución de las inversiones gerontológicas.

Un rediseño secuencial de las prestaciones a la población mayor, orientado a prolongar el tiempo de autonomía en el seno de las estructuras familiares y sociales, tiene algunos presupuestos implícitos, no siempre suficientemente desarrollados en los que se han analizado. Entre ellos:

- El recurso a las nuevas tecnologías para asegurar la eficacia de las atenciones en tiempo útil (por ejemplo, sistema centralizado de recepción de avisos).

---

Fuentes: Allende, J. (1992); Andisac, P.A. (1985); Aranguren, J. L. (1992); Arbelo, A., y Hernández, G. (1989); Attias-Donfut, C. (1987); Badou, G. (1989); Carceles G., y Momrel, J. (1995); Calvez, A., y Robine, J. M. (1984); Conde, I. (1993); Conseil de l'Europe (1993); *Cuadernos de acción social* (1988); Diaz Veiga, P. (1987); Guillemard, A. M. (1990); Gundelach, P., y Rits, O. (1994); IMSERSO (1996); CSIC (1994); Justel, M., *et al.* (1989); OCDE (1988, 1994); Pineda, R., *et al.* (1990); *Rev. Française des Affaires Sociales* (1993); Rodríguez, J. A. (1994); Rodríguez, P. (1995c); Rosenmayr, L. (1992); Simeoni I. (1989); Tenstedt, S. L., y Mc Kinlay, J. B. (1989); Townsend, P. (1981); Twigg, J. (1993, 1994); UNAE (1993).

— El desarrollo de nuevas formas de cooperación entre familiares, oferta privada de servicios para la Tercera Edad, y oferta pública de servicios.

Las Residencias de permanencia habitual se verán muy afectadas en sus funciones, y todo apunta a que tendrá que definirse de otra forma el papel que les compete desempeñar en el sistema. Se avanza el análisis en el texto que sigue.

## **a2) Tipologías**

### **Enfoque**

Este análisis de las tipologías se hace considerando que las Residencias de mayores forman parte de una red de servicios comunitarios en base a un programa público de atención a las personas mayores. Por esa razón, aunque aquí interesen las Residencias de mayores, en este punto resulta conveniente referirse al resto del las tipologías que abarca el sistema.

El análisis de los criterios de clasificación de las Residencias que suelen encontrarse en los textos analizados se desglosa en las siguientes tipologías\*:

#### *a2.1) Residencias de permanencia temporal*

#### *a2.2) Residencias para residencia permanente*

Las Residencias permanentes se distinguen generalmente en tres tipos:

- Para válidos.
- Para personas asistidas.
- Mixtas.

---

\* Existe un análisis completo en el estudio de la producción legal de la CC.AA.

Fuentes: Alonso, L. M., *et alif.* (1990); Barenys, M. P. (1991); Bazo, M. T. (1991); Defensor del Pueblo (1990); INSS 1990; IMSERSO (1992); Luque, O. (1994); Maravall, H. (1995); Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; OCDE, 1993; OMS (1974); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995b, 1995c, 1995d); Sarasola, A. (1995); Teserra, M. A., *et alif.* (1993); Wallis, M. (1991).

## a2.1) Como lugares de permanencia temporal

### Enfoque

- Destinadas a ofrecer “Una recuperación funcional y psicosocial para devolver a la comunidad individuos recuperados de sus dolencias mediante estancias programadas en el tiempo a un costo razonable”.

En Teserra, M.A., *et al.*: (1993) se les define como “Residencias de estancia limitada: son Residencias para suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria. Disponen de diferentes servicios, como área de comida, de descanso y de tiempo libre, atención psicológica y social, así como también de actividades socio - culturales”.

Se añade que “la utilidad de estas Residencias es máxima para evitar el internamiento, pero que es un recurso muy poco utilizado”.

## a2.2) Como lugares de Residencia de mayores

La distinción que suele encontrarse hace referencia al estado de los/as residentes que las ocupan.

### Residencias de válidos

Existen actualmente discrepancias en la clase de residentes que se cree que deban asignarse a esta tipología de Residencias. Dependiendo de los niveles de “validez” que se marquen, en algunos casos, las Residencias de mayores de válidos se conciben como hogares alternativos, para familias mayores que necesitan pocas atenciones. En cambio la OECD (1993) indica que estarían destinadas a personas mayores dependientes que necesitan un caudal considerable de cuidados.

Se indica que tienen las siguientes funciones:

- *Ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas* (Teserra, M.A., *et al.*: 1993).
- *Para ofrecer una buena calidad de vida.* “Calidad” remite al bienestar (físico, psicológico, relacional) de quienes todavía son válidos.

---

Fuentes: INSS 1990; Reus, J. M. (1995); Teserra, M. A., *et al.*: (1993); IMSERSO (1990a, 1992, 1996).

- *Ofrecer disfrute* (ocio, cultura, creación) y *participación* (política, sindical, incluso laboral, etc.).
- Este diseño remite a una nueva articulación de varias dimensiones que no suelen estar explícitas en los textos analizados, entre ellas:
- Trabajo/jubilación.
  - Trabajo/pensiones.
  - *Prestar una atención geriátrica integral*; se refieren los/as autores/as a la prestación de las medidas médicas asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso para mantener o mejorar el estado de salud física, mental del/la residente.

#### Observaciones:

En realidad esta concepción de las Residencias de mayores de válidos está haciendo aguas, o bien porque en la práctica no son centros de residencia “permanente” o bien porque pronto dejan de ser residencias de “válidos”.

El modelo supone que estos centros no pueden ofrecer atención especializada a mayores con graves minusvalías. El problema radica en qué se hace, cuando un/a residente “válido” se convierte en “no válido”. Caben dos políticas:

- a) que continúe en la misma institución, en cuyo caso el centro cambia a ser Residencia mixta, o
- b) que se le traslade a otro lugar, en cuyo caso, y en la práctica, el centro funciona como una Residencia “temporal”.

#### Residencias asistidas destinadas a quienes ya no son válidos

Concebidos como centros gerontológicos de atención especializada integral a mayores con graves minusvalías (demencia, incapacidad de locomoción, etc.)

Concretamente el INSS (1990) menciona los siguientes usuarios:

---

Fuentes: Bazzo, M. T. (1991b); INSS (1990); INSS y Confederación Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (1994); IMSERSO (1995b); Izal (1995); Leed, S. M., y Shore, M. (edit.:) (1992); OCDE (1993); Teserra, M. A., *et al.* (1993).

- Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Ancianos que, por inmovilidad prolongada, presenten grave dificultad para la deambulaci3n.
- Ancianos con alta senilidad, generalmente con m1s de 85 a1os, que tengan dificultades para valerse por s3 mismos.
- Ancianos dependientes por causa ps3quica que no provoque un trastorno grave de su comportamiento.
- En algunos casos, y seguramente por la inadecuaci3n entre la demanda y la oferta, se a1ade el requisito de que a las incapacidades f3sicas o ps3quicas rese1adas habr1a de a1adirse la circunstancia de presentar una problem1tica social (familiar, econ3mica, de vivienda, etc.) que les impida permanecer en su domicilio.

Tambi3n se dice reiteradamente en los textos analizados que estas Residencias deben de prestar servicios equivalentes a los del hogar, complementados con los gerontol3gicos que necesitan estas personas que no puedan valerse por s3 mismas.

En los programas p3blicos hay indicios de que las Residencias de mayores van a orientarse sobre todo a atender a mayores no v1lidos. Por ejemplo, en IMSERSO (1990) se indica que es recomendable que la pol3tica de actuaci3n con la Tercera Edad en materia de atenci3n institucionalizada se oriente especialmente hacia residentes incapacitados.

### **a2.3) Residencias mixtas (para v1lidos y no v1lidos)**

Equipada para ambos tipos de residentes.

Es un modelo que se ha contemplado con inter3s en algunos trabajos (cf. IMSERSO, 1990):

*“El incremento de la esperanza de vida tiene como consecuencia una mayor permanencia de los ancianos en los centros, y con ello un porcentaje mayor de personas que por su deterioro psico-f3sico necesitar3an ser asistidas.*

*Por ello, actualmente, y con proyección de futuro, parece aconsejable que las Residencias de la Tercera Edad permitan que su estructura y diseño hagan factible la atención tanto a residentes válidos como incapacitados que necesiten asistencia.* ”

Estas tipologías de Residencias plantean numerosas dificultades en su funcionamiento y también en su financiación:

- Las primeras, referidas a la tensión entre “integración” (de las personas no válidas en ambiente de válidos) y “calidad de vida” (para los/as residentes válidos/as);
- Las segundas, relacionadas con las infraestructuras, servicios y costos que se requieren para satisfacer las distintas necesidades en una población heterogénea, tanto en sus condiciones físicas como sociales.

### **a3) Aporías del modelo**

Se ha mostrado que frecuentemente las tipologías que se elaboran en los programas públicos operan con la variable “*residencia temporal, versus residencia definitiva*”, en relación con la variable “*residentes que se valen por sí mismos, versus residentes que tienen que ser asistidos*”.

La asociación a primera vista parece coherente. Pero ya se ha demostrado que plantea algunos problemas prácticos y deontológicos. Porque este enfoque implica el siguiente dilema a la hora de asignar unos u otros residentes a unas u otras tipologías de Residencias:

¿Qué debe de primar?:

a) ¿Que los/as residentes sean trasladados a sucesivos centros a medida que van pasando de la condición de “válidos” a la de “no válidos” para mantener una mínima equivalencia de los estados físico y mental de las personas y de la asistencia que reciben?

o bien:

b) ¿Que los/as residentes permanezcan en el mismo centro, hasta su fallecimiento, para evitar sucesivos traumas de traslado y la sinistra asociación entre cambiar de residencia y aproximarse a la muerte?\*

---

\* Se encuentra más bien esta concepción referida a las Residencias mixtas, en INSERSO, 1990.

Los programas públicos para las Residencias de mayores tienen con esta aparición uno de los problemas más importantes a la vista de los cambios demográficos que ya están en marcha, y que van a triplicar en muy poco tiempo la población longeva (cf. Martín Serrano, M., 1999).

## **b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias**

En la práctica, la mayoría de los programas públicos en los que hay referencia a las Residencias, tratan al mismo tiempo e incluso identifican “los objetivos” y “las funciones” que les asignan a estos centros.

En realidad, los “objetivos” orientan a pensar en *qué es lo que se quiere conseguir* con las Residencias. En cambio, las “funciones” llevan a reflexionar sobre *qué misión se les asigna* a las Residencias en el diseño de los programas públicos.

La mayor parte de los programas examinados están describiendo más bien las *funciones* que los *objetivos*. Seguramente, esta inclinación hacia los programas “funcionales” tiene que ver con las dificultades que existen para aclarar qué es lo que se quiere conseguir con las diversas tipologías de Residencias. A esas dificultades nos hemos referido anteriormente (cf. 1.1. “Evolución de las concepciones de las Residencias”).

### **b1) Repertorios de objetivos y funciones**

#### **Enfoque\***

La mayoría de los programas le asignan a las Residencias de mayores funciones y objetivos directamente tomados de las políticas sanitarias. Concretamente, coinciden por lo general en referirse a las tareas preventivas, terapéuticas y re-habilitadoras.

---

\* A partir de Montorio, I., 1995. B: Fontanal y Suñol, 1999; elaboración propia.

En algunos casos se amplía el marco, incluyendo las tareas sustitutorias y paliativas. Pero en pocas ocasiones, a la hora de referirse a los objetivos y funciones, se pone el énfasis en el carácter *existencial* y no meramente *asistencial*.

Esa otra perspectiva existencial, requiere que se preste atención a las prácticas cuando los programas públicos diseñen las funciones. En este trabajo, ese análisis más existencial aparece en la V parte de esta obra.

<b>FUNCIONES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<i>Preventivas</i>	Mantener: – La autonomía. – Las capacidades, evitando o retrasando la aparición o el empeoramiento de trastornos y enfermedades funcionales. – Los recursos y actividades sociales.
<i>Rehabilitadoras</i>	Recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas, mentales).
<i>Terapéuticas</i>	– Atender en la enfermedad. – Atender en la convalecencia.
<i>Sustitutorias</i>	Dar soporte, ayudar en las funciones alteradas o perdidas. Favorecer e impulsar las relaciones sociales.
<i>Paliativas</i>	Disminuir los dolores y los sufrimientos: – Físico. – Psíquico.

## **b2) Áreas de atención asistencial**

### **Enfoque**

La concepción que se tiene de las funciones que le compete cumplir a las Residencias tiene reflejo en los modelos de organización para la atención asistencial.

Según Pérez, F., *et al.*. (1995) se deben diferenciar cuatro áreas:

- 1) **Área geriátrica:** Incluye a todos los pacientes portadores de distintas patologías geriátricas. El objetivo siempre es devolverles a su propio domicilio, si ello es posible.
- 2) **Área psicogeriátrica:** Considera que la incidencia de patologías psicogeriátrica justifica la necesidad de un área específica.
- 3) **Área de cuidados paliativos:** El autor dice que “*si en un grupo etario tienen razón de ser los cuidados paliativos, éste es el de nuestros mayores*”. Trae a cuento un aforismo del siglo XV:  
“Curar, a veces. Aliviar, a menudo. Cuidar, siempre”.
- 4) **Área de rehabilitación:** Afirmo que el objetivo inicial de la atención geriátrica es la rehabilitación. Este área estaría interconexiónada con las otras tres, dada la necesidad de su participación en todas las actividades del centro.

#### c) Según tamaño

##### Enfoque

En la práctica se ha comprobado que las Residencias diseñadas para una población muy numerosa tienen problemas específicos, distintos de los que tienen las Residencias menores, y por lo tanto relacionados con la dimensión del centro.

Se confirma así lo que ya se sabía:

A partir de un cierto tamaño el incremento de la complejidad supone unos requerimientos de burocratización que aumentan más allá de lo admisible.

La despersonalización,

la ritualización y

el desarraigo.

En definitiva, los riesgos que conlleva aumentar el tamaño de los centros son secuelas de la masificación.

No existe un acuerdo sobre cuál es el número de residentes a partir del que aparecerían los signos de masificación. Es un debate abierto cuando se están escribiendo estas líneas.

Razones económicas y demográficas llevan a que algunos programas contemplen la posibilidad de combinar las ventajas que ofrece la economía de escala, favorable a los centros más grandes, y las exigencias de una asistencia no masificada (véase 1.e.2.: “Propuestas para evitar la masificación”.

### **c1) Clasificación de los centros residenciales según su tamaño**

La clasificación de las Residencias en base al número de plazas constituye la forma más habitual de diferenciar los centros por su tamaño.

Las variantes son tantas como Autonomías y pueden consultarse con el análisis que se ha hecho de la producción legislativa de las CC.AA.

Seleccionamos aquí la clasificación que se encuentra en IMSERSO (1990).

- *Pisos o viviendas tuteladas*  
Con capacidad para seis u ocho personas y de carácter familiar.
- *Miniresidencias*  
En todo caso de no más de 40 plazas.
- *Pequeñas Residencias*  
Con capacidad entre 40 y 100 plazas.
- *Medianas Residencias*  
Con capacidad entre 100 y 200 plazas.
- *Grandes Residencias*  
Con capacidad superior a 200 plazas.

## **c2) Propuestas para evitar la masificación**

Se ha indicado que los programas públicos suelen ser sensibles a los efectos de la masificación, y que también tienen que tomar en cuenta las dificultades reales, tanto de infraestructuras como de equipamientos materiales y económicos. Se encuentran algunas propuestas que, sin abandonar las construcciones de centros "macro", tratan de adecuarlas a un uso no masificador. Por ejemplo, en IMSEERSO (1990):

*"Desde una perspectiva humana es mejor la pequeña y mediana Residencia, próxima al medio social en que se desenvuelve la vida de los usuarios, que la gran Residencia, ubicada en la cabecera de la provincia, la cual, además de masificar a las personas, las desarraiga de su familia y de su entorno.*

*En todo caso, es necesario tomar en consideración que la masificación no viene dada por el número de plazas del Centro, ya que el diseño arquitectónico permite diversificar ambientes en pequeños módulos y crear un clima familiar y personalizado, compatible con un número de residentes, que permite un responsable equilibrio entre coste y atención personalizada."*

## 2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES

### **Rasgos discriminativos**

Aquellos rasgos que aparecen en las fuentes, como *específicamente* *diferenciadores* de:

*Los/as ancianos/as, versus de los/as no ancianos/as;*

*De los ancianos/as residentes/versus de los no residentes;*

Los rasgos discriminativos sirven de fundamento para definir (y por tanto para evaluar y también para actuar). Concretamente, diferencian en el colectivo de ancianos:

— quiénes (son o pueden ser residentes);

— cómo se concibe que son los/as residentes.

Análisis cuyo correlato es el siguiente:

— cómo hay que tratar a los residentes.

Seguidamente se examina la forma en la que se describen estos tópicos en las fuentes secundarias.

## 2.1. Quiénes pueden ser residentes

A pesar del esfuerzo que se ha realizado, la demanda de plazas en Residencias de mayores es mayor que la oferta. Consecuentemente, en las residencias se establece un orden de prelación, que supone elaborar distinciones generalmente traducidas a baremos.

En el estudio de la labor legislativa de las Autonomías hay un análisis detallado de los criterios de selección. Suelen aparecer los siguientes:

- Falta de medios de subsistencia.
- Estados de desempleo.
- Grado en el que la persona necesita atención asistencial.

En la actual coyuntura de escasez de Residencias públicas las plazas disponibles se destinan de preferencia a las demandas de los sectores más desfavorecidos.

Cabe concluir que en la actual etapa de desarrollo del sistema público de Residencias sigue presionando la insoslayable necesidad de utilizar estos centros para atender a los/as "necesitados/as", es decir (en los términos de Teserra, M., A. *et al.*: 1993), "para atender preferentemente a los ancianos terminales, solitarios por abandono de la familia, incapaces de gestionar sus derechos; los "explotados" o manipulados por sus propios familiares, a los enfermos físicos y mentales, a los abandonados, etc.". Lo cual redundará en el carácter todavía de beneficencia que sigue desempeñando en la práctica el sistema público de Residencias para mayores. Esta prioridad parece muy justa. Pero en estas circunstancias quienes suelen verse discriminadas son las clases "medias" y "medias bajas", porque no pueden costearse el precio que tienen las Residencias privadas.

---

Fuentes: Bazo, M. T. (1999); Borch y Escribano, C., y Sánchez, I. (1989); Cabré, A. (1993); Carceles, G. (1996); Castell, M., y Oritz, L. (1992); Cruz, P., y Cobo, T. (1990); Conseil de l'Europe (1993); Comisión Europea (1995a); Díez Nicolás, J. (1996); Fernández, J. A. (1992); Fundación FOESSA (1994); Generalitat de Catalunya (1993); Gobierno Vasco (1993); INE (1993: 1994); Informe GAUR (1975); IMSERSO (1989, 1990b, 1990c, 1990d, 1992); Jameson, A., e Hiley, R., edit. (1995); Kaufmann, A., y Frías, R. (1996); Pérez, L. (1993); Ramos, R. (1995); *Revista Española de Geriatria y Gerontología* (1995); Wilbers, J. (1993)

Con menos razón el sistema público de Residencias está actualmente en condiciones de ofrecer opciones reales al resto de la población que tiene otras necesidades, menos apremiantes, aunque no menos legítimas. Por ejemplo, a quienes buscan en las Residencias una opción para mejorar su situación psicológica. Al parecer esta es la razón que alegan la mayoría de los/as solicitantes de plazas:

En la práctica la atención del resto de la población mayor sigue estando confiada a las familias. Todavía el sistema de prestaciones para las personas mayores no está en condiciones de ser esa alternativa que se ofrece a la sociedad, para que el ingreso en la Residencia represente una opción normal, posible y conveniente, cuando las circunstancias y los deseos de las personas lo estimen necesario.

## **a) La concepción desde la necesidad social**

Se ha indicado que por ahora es el estado de necesidad el principal criterio que a nivel "macro" le otorga a una persona mayor la condición de candidato a una plaza en las Residencias públicas.

Ciertamente hay un vínculo entre los conceptos de "necesidad social" y de "servicio social" que está analizado en el Seebohm Report. del Reino Unido (en Teserra, *et al.*, 1993). Los servicios sociales se entienden como "experimentos a gran escala para ayudar a los necesitados".

En el *Pla Integral de la Gent Gran* (vol. 2), del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña, se hace un resumen de Bradshaw (1977) que sirve para mostrar el carácter polivalente del concepto de "necesidad social". Se distingue entre:

*Necesidad normativa:* Definida por los profesionales, expertos, administradores, a partir de unos niveles previamente establecidos de atención o de estado de salud (por ejemplo, a partir de las diversas escalas de incapacidad o de malnutrición, o de ingresos, entre otras muchas).

Se indica explícitamente en el texto que este concepto normativo cuando usa un mismo nivel para toda la población no toma en cuenta la relación que existe entre necesidad y características socioeconómicas, por ejemplo, la clase social. Ciertamente, "*la necesidad no es un hecho empírico*"

*Necesidad experimentada*: Definida como carencia subjetiva. Dicen los autores que en una democracia la necesidad experimentada constituye un componente importante de toda definición de necesidad, pero que sólo se han incorporado en el terreno de los estudios. La atención a esta dimensión subjetiva supondría, en unos casos, un aumento de la demanda, cuando se exagera la situación personal, y en otros casos, una infravaloración, cuando no se esté dispuesto a reconocer ese sentimiento de carencia y dependencia.

*Necesidad expresada*: Definida como la necesidad experimentada cuando se manifiesta como demanda explícita. Dicen los autores que “las listas de espera” son indicadores de esta necesidad. Y añaden que no coinciden las demandas que se expresan con las necesidades “reales”. Ciertamente los cambios en los baremos y en los criterios de admisión aumentan o rebajan las listas de espera

*Necesidad comparativa*: Por referencia a Davies, B. Se interpreta esta necesidad en términos de déficit de equipamientos en determinadas zonas (por ejemplo, comarcas) en comparación con los equipamientos del conjunto del territorio.

Esta categoría parece que puede plasmarse en el denominado “modelo del déficit” (cf. Kauffman, en Luque, O., 1994).

Existe otro modelo propuesto por Stufflebeam y Shinkfields (1987) que se denomina “de la discrepancia” y que articula tres criterios: lo que se piensa que debería de ser, lo que se *querría* que fuese y lo que se *desearía* que fuese.

Otro planteamiento muy semejante, y seguramente más útil para diferenciar las concepciones de la necesidad social, se encuentra en Frisquie, y lo recoge Luque, O., en la misma obra. Diferencia cuatro situaciones de discrepancia:

- Estado actual – hipotético estado futuro.
- Estado actual – deseado.
- Estado actual – esperado.
- Estado actual – ajustado a norma.

---

Fuentes: Allende, J. (1992); Arago, J. (1980); Atchley, R., y Seltzer, M. ed. (1976); Bandera, J. (1994); Bazo, M. T. (1992); Barrén, J. E., y Bengston, V. L., edit. (1988); CCE (1993); Collado, A. (1993); Coxé, H. (1984); García, B. (1994); Harris, D. K. (1985, 1990); Harlich, C. (1969); Kauffman (1994); Kane, R. A., y Kane, R. L. (1981); Matiztegui, C. (1995); Teserra, M. A. *et alii*. (1993); Thoyer, R. (1983)

## **b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales**

### **b1) La incapacidad de las instituciones para atender las necesidades**

Luque, O. (1994), citando a Butler y Wilson (1990), escribe:

*“Entre las características específicas de la planificación en servicios sociales donde incluimos los gerontológicos se han señalado una serie de factores «inevitables» a considerar. Son estos:*

- 1) Las necesidades siempre serán superiores a los recursos.*
- 2) La determinación de los usuarios siempre implica juicios de valor.*
- 3) Los servicios y sus costos no son nunca estáticos.*
- 4) Las mejoras futuras provendrán sobre todo de prácticas mejores y más productivas.*

Estos criterios marcan unos límites al alcance de la planificación social. Parece que también pueden ser aplicables a las políticas de las Administraciones públicas en el campo de las Residencias de mayores. Pero en todo caso habrá que adoptar criterios que permitan jerarquizar las necesidades que compete y no compete satisfacer a las instituciones, en relación con las necesidades cuya satisfacción se considera responsabilidad de otras instancias: por ejemplo, de la familia. Este debate está iniciado en algunos textos sociológicos y previsiblemente será un tema relevante a corto plazo.

### **b2) La concepción jerárquica de las necesidades**

Existen varios textos que se interesan en ordenar las necesidades que deben de ser satisfechas por los servicios sociales en general y por el sistema de Residencias públicas en particular. Pero en estas propuestas suele observarse un cambio de nivel: se pasa del análisis sociológico al psicológico. Concretamente, la referencia más utilizada es el modelo jerárquico multidimensional de Maslow (1936), cuyas características son muy conocidas:

Las necesidades básicas, según el autor, son cinco, y la satisfacción de cada una de ellas prima sobre la satisfacción de todas las que le siguen:

- a) *Necesidades fisiológicas*: Respirar, comer, beber, evacuar, dormir, tener calor y abrigo, etc.
- b) *Necesidad de seguridad*: Contar con protección frente a todas las amenazas (físicas, económicas y/o psicológicas, sociales).
- c) *Necesidades de pertenencia a grupos*: Incluye la obtención de afectos, amistosos, amorosos, etc.
- d) *Necesidad de ser estimados*: Se relaciona con la persecución de prestigio, del poder.
- e) *Necesidades de autorrealización*: Se refieren al impulso que lleva a desenvolver todas las capacidades de la persona.

En documentos 1.2.2.b2 se reproduce el listado de necesidades correspondientes al SERA.

## **2.2. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias**

Interesan estas teorías porque proponen unas interpretaciones de las personas mayores, que arrastran tras de sí *modos de tratarlas*.

El trato que reciben las personas deriva de la representación que de ellas se tenga. Las representaciones en torno a la vejez residenciada, según Memin, Ch. (1984), muestran que no se tiene muy claro *quién es una persona mayor*. Dice la autora:

“...para determinadas gerontologías, a un anciano hay que tratarle: o como si todavía fuese un adulto, o como si fuese un niño, o como si él fuera más que nada un enfermo, o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse.”

La concepción que se tiene de las personas mayores en general, y de quienes son residentes en particular, está frecuentemente plasmada en modelos que suelen ser a la vez una “teoría de la Tercera Edad” y unas herramientas para es-

tablecer las necesidades que supuestamente el colectivo de la gente mayor necesita cuando pasa a vivir en una Residencia.

En España tienen la mayor relevancia las teorías que se centran en las relaciones entre ambiente y vejez. Es un enfoque que se apoya en un importante esfuerzo analítico y de investigación. No obstante, también hay otros planteamientos, que tienen interés analizar, siendo algunos de ellos muy relevantes en EE.UU. y en otros países de la U. E.

El repertorio de teorías que van a examinarse es el siguiente:

- Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.
- Teorías del ciclo vital y de la subcultura.
- Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad.
- Teoría del rol y de la clasificación por edades.
- Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez.

## **a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia**

### **Contenido de este análisis**

Incluye los siguientes desarrollos:

- a1) Rasgos discriminativos.
- a2) Modelo implícito en la concepción de los residentes.
- a3) Características del deterioro en las Residencias.
- a4) Niveles de deterioro de los residentes.

---

Fuentes: Andisac, P. A. (1985); Bazo, M. T. (1996); Benatar *et al.* (1993); Bermelo, F. (1993); Casals, J. (1982); Carretero, M. *et al.* (1985); Casals, J. (1982); Ferricglo, J. M. (1992); García, B. (1994); Harris, D. K. (1990); Isach, M., e Izquierdo, G. (1993); Kalish, R. A. (1991); Lehr, U. (1980); Mirama, B. L., y Riedel, R. G. (1986); Moody, H. R. (1994); Rosenmayr, L. (1979); Sáez, N. (1986); Sánchez, P. (1993)

### a1) Rasgos discriminativos

Se ha indicado que las teorías del deterioro de la pérdida de competencia tienen una gran relevancia en la concepción de los residentes, tanto por su peso específico cuando proporcionan modelos de análisis, como por su penetración en la mayor parte de las restantes teorías.

“Dependencia” en relación con “pérdida” aparecen como los dos apoyos para el aparato conceptual. Esas categorías aparecen explícitas en variados niveles de análisis, que tratamos de resumir en este Cuadro:

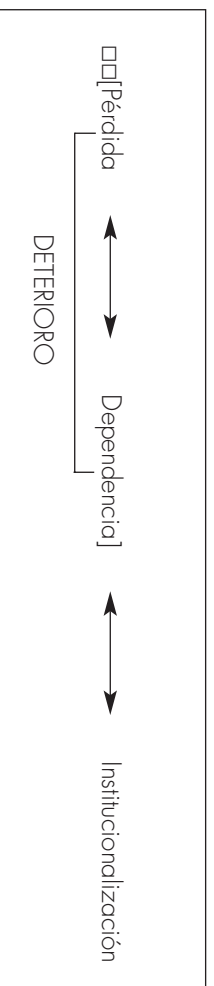
<b>Rasgos discriminativos</b>	<b>Explicación</b>
Pérdidas <sup>1</sup>	De lugar de residencia. De seres queridos (amigos, cónyuge). De capacidades funcionales. De capacidades mentales. De actividad laboral. De recursos económicos. De interés hacia el entorno social. De vida sexual.
Dependencia física	Limitaciones para el desempeño de las A.V.D.: – En el cuidado de sí mismo. – En el manejo del entorno.
Dependencia emocional	Limitaciones para la expresión de sentimientos (retirada emocional, depresión, etc.).
Síndrome de la institucionalización	En la autoimagen. En la proyección social. En la salud. En la satisfacción existencial.

<sup>1</sup> Cf. Benatar *et al.* (1993).

## a2) El modelo implícito en la concepción de los residentes

El repertorio de rasgos discriminativos que acaban de relacionarse pueden reunirse en un único modelo, que denominamos "modelo de generación del deterioro en las Residencias".

- Estructura del modelo de generación del deterioro en las Residencias



Las componentes de este modelo tienen las siguientes conexiones:

- Por una parte, hay un nexo (retroactivo) que vincula [Pérdida] con [Dependencias].
- El deterioro podría entenderse precisamente como esa interfaz.
- A su vez, el deterioro tiene un nexo (retroactivo) con la institucionalización.

## a3) Análisis del deterioro en las Residencias como limitador de los/as residentes

En el análisis del deterioro suelen aparecer las siguientes distinciones:

- deterioro físico.
- deterioro mental.
- deterioro psicológico,
- deterioro social.

El grado en el que esas dificultades afectan a la vida de las personas que los padecen y por tanto a quienes les cuidan se evalúa por lo general distinguiendo entre:

- *Deficiencias:* Que se interpretan como derivaciones respecto de la norma biomédica, cualquiera que sea la función que se vea afectada.
- *Incapacidades:* Cuando la deficiencia, por sí sola o en interacción con el entorno es causante de que la persona no pueda realizar alguna actividad.
- *Handicap, sea psicológico o social.* Cuando la falta de recursos sociales (por ejemplo, dinero, redes de apoyo) o la incapacidad física o mental para establecer relaciones hacen que la persona tenga dificultades que no puede superar para la interacción.

Tiene importancia la valoración que se hace en los textos analizados de los niveles de deterioro de la población, a la hora de planificar las políticas de construcción de Residencias. Esta perspectiva es propia de los estudios sociodemográficos y de salud pública.

Además hay otra perspectiva gerontológica y administrativa, que trata de poner en relación los niveles de deterioro de las personas residenciadas, con las cargas para el centro, y con los programas de rehabilitación y de asistencia que tienen que ser previstos.

La producción de herramientas de diagnóstico y clasificación de los deterioros es abundantísima. Las más utilizadas están reproducidas en la parte V de este estudio, dedicada al análisis de las prácticas, en el correspondiente capítulo del tomo de Documentación.

## **b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura**

### **Rasgos distintivos**

El fundamento de esta teoría está en el interaccionismo simbólico, y más concretamente en la obra de Mead, G. H., que se editó en 1934. Según el autor, el “Yo” —o si se prefiere, la propia identidad—, surge de la interacción con los demás. Más concretamente es el resultado de la imagen de nosotros que nos devuelven los demás. El YO viene a ser la idea que los demás tienen de nosotros, interiorizada.

- *La teoría de la actividad* retoma estos análisis, vinculando actividad social y satisfacción existencial.
 

La imagen que la sociedad devuelve de los ancianos, por estar devaluada en su rol social, y por estar marcada por una atribución de ineptitud y de decadencia, vendría a erosionar gravemente el yo de las personas mayores.

En consecuencia, una persona mayor es quien ha abandonado los papeles que poseía en su ser adulto.
- Un planteamiento más constructivo se ofrece en *la teoría de la continuidad*. Entiende que puede y debe de haber una congruencia entre la etapa vital y la clase de representaciones de sí mismos que las personas pueden valorar y desear.
 

El YO que se haya construido antes de la vejez seguiría persistiendo, con los convenientes reacomodos a la nueva etapa biológica y social, y tendrían que entenderse esas variaciones, como constituyentes de un ciclo natural, que no tiene porqué ser ni traumático ni displacentero.
- Finalmente, *el modelo de la subcultura* subraya que esas interacciones sociales en las que se genera el YO se dan en el interior de grupos, construidos en torno a afinidades o a pertenencias sociales y espaciales. Las personas residienciadas vivirían en una comunidad de mayores y por tanto tendría que ser interpretado el universo de estas personas, como una subcultura. Según escriben, tienen en menos estima intereses y necesidades propios de otras edades: por ejemplo, el sexo. Lo que contaría para la satisfacción existencial de estos y estas mayores sería el rol y el estatus que reciben en su nicho de subcultura y no tanto la evaluación que se les haga en la sociedad global.
- Otra variante de este modelo advierte que la condición de los mayores es parecida a la de una minoría, que ya no tiene acceso ni al poder ni a los recursos sociales, y que por tanto está objetivamente segregada. La minoría de los mayores, como colectivo, sería socialmente impotente y cada vez más estará inmersa en la pobreza.

---

Fuentes: Achley, R., y Seltzer, M. (edit.) (1976); Attias – Donfut C. (1998); Cicourel, M. (1989); Cornieid, D. W., *et al.* (1977); Lehr, U. (1980); Mead, G. H. (1934); Reid, D. W., *et al.* (1977); Sáez, N. (1986).

### **c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad**

#### **Rasgos distintivos**

El origen de este modelo está en Durkheim, E., autor que tiene una referencia explícita a los problemas de la edad, en un texto poco conocido (cf. 1970). Lo esencial de esta referencia al Padre del Funcionalismo es lo siguiente:

La estructura de la sociedad (o si se prefiere la organización social) determina las funciones que se les atribuyen a los actores sociales. Nuestra sociedad está organizada en base a la productividad, y este orden no tiene funciones que ofrecer a quienes ha dejado fuera del sistema productivo. Por tanto, la vejez es una etapa vital durante la que se les fuerza a las personas a consumir una *desvinculación* del orden social. Añade Durkheim que este proceso carece de “ritos de *passage*”.

Se concluye que la vejez, tal como hoy la conocemos, resulta ser un producto de la “modernidad”, es decir, de las sociedades organizadas para la productividad y la rentabilidad.

Aceptando como irrevocable este estado de cosas, hay propuestas para facilitar la desvinculación. Como es lógico, concluyen en la idea de que las Residencias son un universo inevitablemente desvinculante y desvinculado.

Llevando estos análisis a sus últimas consecuencias resulta además de inevitable necesaria la desvinculación entre la persona mayor y el sistema social. Por que las personas mayores deberían de dejar disponibles sus papeles y sus estatus, con el objeto de asegurar la reproducción social. De hecho hay autores, como Cumming y Henry (1961), que consideran necesaria para vivir una “buena vejez” que se consume ese desenganche: de modo tal que la vida se articule sólo en torno a las posibilidades de uso del tiempo que ofrece la jubilación.

---

Fuentes: Bandera, J. (1993); Beauvoir, S. (1970); Bourdieu, P., y Passeron, J. C. (1974); Cumming, E., y Henry, W. H. (1961); Diez Nicolás, J., e Inglehar, R. (edit.) (1994); Durkheim, E. (1970); Feslinger, L., *et al.* (1994); San Román, T. (1990); Touraine, A. (1992).

## d) Teoría del rol y de la clasificación por edades

### Rasgos distintivos

El concepto de "rol" procede del padre fundador de la sociología, A. Comte. Se usa en paralelo con los términos "papel social" y lleva implícito un "estatus" o "posición" en el seno de la organización social.

Obviamente, la vejez implica un cambio de roles. Pero estas teorías se interesan en la transformación del estatus social consecuente al envejecimiento. En el ámbito del "Estructuralismo-funcional" americano hay varios autores —incluidos Merton y Parsons—, que han especulado con la idea de que en nuestras sociedades la estratificación social es en medida no despreciable cuestión de edades. Incluso la edad sería más determinante del estatus que las clases sociales. Y concretamente los viejos tendrían el estatus más bajo.

- *Teorías de la estratificación*  
Riley (1971), discípulo de Parsons, plantea cuatro temas para estudiar la estratificación resultante de las edades:

- 1) Cómo la edad afecta a las actitudes y comportamientos de las personas.
- 2) Cómo se llevan a cabo las interacciones entre las personas de un mismo estrato de edades y el resto de las personas que pertenecen a otro estrato.
- 3) Cuáles son las dificultades que el envejecimiento de las personas lleva implícitas para el grupo al que se incorpora y para los restantes estratos.
- 4) Cuáles son los cambios en las actitudes que se relacionan con el tránsito por las sucesivas etapas de edad.

- *Teoría del rol social*

Phillips (1957, en Treserra, M. A., *et al.*, 1993), dice que el rol social tiene que ser ajustado cuando llega la Tercera Edad, y destaca dos tipos de reacciones:

- Ajustes referidos al abandono de los roles y de las relaciones, que caracterizan la época adulta.

---

Fuentes: Birren, J. E., y Bengston, V. L. (edit.): (1988); Casals, J. (1982); Confort, A. (1978); Comte, A. (1912); Gim, J., y Aber, S. (1993); Rosow, I. (1974); Todd, E. (1983).

— Ajustes relacionados con la aceptación de los roles, actividades y relaciones tipificadas por la vejez. Phillips menciona que los mayores cambios que se producen en este periodo de transición son los siguientes: 1) Retirada laboral; 2) Abandono de los roles de liderazgo social o empresarial; 3) Disolución del matrimonio, normalmente por muerte de uno de los esposos; 4) Pérdida de un lugar de residencia independiente; 5) Pérdida de interés en las metas; 6) Aumento de la dependencia con respecto de los otros; 7) Subordinación respecto de los hijos; 8) Adopción de una orientación día a día. Estos son los cambios que, según el autor, la sociedad espera de las personas mayores.

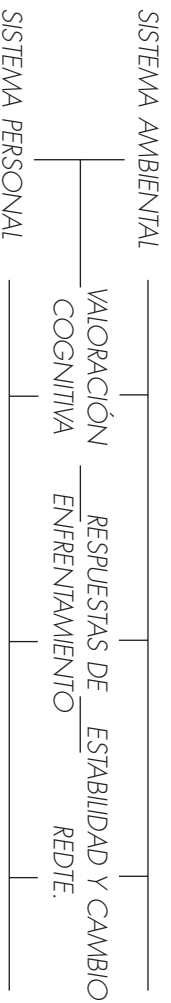
### e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez

#### Rasgos distintivos

Fernández, R., et alr. escriben (en 1991): «...la mayoría de los modelos de interdependencia derivan de tres puntos fundamentales:

- a) La idea lewiniana de interdependencia entre la conducta, las variables personales y el ambiente [ $P=f(A)$ ] (Lewin, 1936).
- b) La idea de que las personas y los ambientes mantienen un diálogo de causas recíprocas.
- c) La mayoría de los modelos resaltan la adaptación como razón de ser de dicha perspectiva.

Según los/as propios/as autores/as Moos y Lemke (1985) proporcionan el marco general para el examen de los aspectos ambientales en las Residencias de mayores.



Esta misma fuente incluye como ejemplos paradigmáticos de esta línea de trabajos cuatro desarrollos: el modelo ecológico de Lawton; el modelo de la congruencia de Kahana, el modelo ecológico social de Moos y el modelo ecológico conductual de Fernández-Ballesteros.

Tal como señalan las autoras y autores, esta perspectiva pone el mayor énfasis en los procesos de *adaptación* de la persona al ambiente. Ciertamente, quedan menos subrayados los procesos de *transformación* de los ambientes para que se adecúen a las necesidades de los grupos y de las personas.

El concepto de “ambiente” (como corresponde al origen del modelo en la tipología de Lewin y se señala en el texto que se ha reproducido) integra el análisis de los comportamientos con el estudio del entorno donde se desenvuelve cada actor. En la perspectiva lewiniana resulta poco pertinente referirse a otros componentes de la conducta que queden fuera de ese “topos”, por ejemplo, a los conflictos de personalidad, al sufrimiento.

La interpretación que se hace de “qué es lo que debe de entenderse por ambiente” incluye distintas perspectivas según los/as autores/as que se analicen. En principio el concepto “ambiente” acepta variables infraestructurales (p.e., la distribución de los espacios en las Residencias), estructurales (la organización de la vida cotidiana en los centros) y, en menor medida, variables supraestructurales (la satisfacción de los residentes).

El término “ambiente”, al ser tan comprensivo, llega a abarcar todo lo que no es el sujeto. En ocasiones, resulta una categoría demasiado general, lo cual puede ser un inconveniente frente a otras alternativas de análisis por niveles específicos. Por ejemplo, en cualquier evaluación de un sistema complejo, como lo son las Residencias, resulta conveniente que se distinga entre lo que es material, lo que es información, lo que es organización y control, lo que es ideológico y axiológico, y también es útil que para cada uno de estos niveles existan categorías y análisis específicos.

Algunos/as autores/as, incluido el equipo que dirige la Profesora R. Fernández-Ballesteros, han abierto el modelo, integrando en el ambiente algunas variables, denominadas “contextuales”, que corresponden al sistema social de refe-

---

Fuentes: Cario (1987) y Fernández Ballesteros (1991); Corraliza, J. A. (1987); Fernández Ballesteros, R., *et al.* (1986, 1992); Izal y Fernández-Ballesteros (1990); Kahana, E. (1982); Lawton, M. P. (1982, 1989); Moos, R. H. (1974, 1979); Pincus, A. (1968); Pincus, A., y Wood, V. (1970); Stokol, S. A., y Altman, D. (edti.) (1987); Zube, E. (1984).

rencia donde se sitúan las Residencias y los residentes. Ciertamente tanto el *comportamiento* (en el sentido de Lewin) como la posibilidad de *apropiarse de un entorno-ambiente, para vivir* tienen mucho que ver con las condiciones sociales de las personas (p. e., dinero, cultura) y con las disponibilidades sociales (recursos públicos).

Las propuestas de indicadores de evaluación es muy abundante en los modelos que derivan de estas teorías. Según quienes han hecho una revisión de la literatura especializada, para la elaboración del SERA, el repertorio de modelos de indicadores que tiene más relevancia sería el siguiente:

<p>Satisfacción de los residentes con el Centro.  Evaluación ambiental.</p>	<p>Escala de satisfacción con la Residencia McCaffree y Harkins, 1976.  <i>Sistema de evaluación de Residencias de ancianos (SERA)</i>. Fernández Ballesteros et alí. Procede del MEAP: <i>Evaluación multifásicambiental</i>, de Moos y Jenke, (1979, 1984).  <i>Cuestionario para la descripción de Residencias de ancianos</i> (Pincus, 1968; Pincus y Wood, 1970).  <i>Escala de congruencia personambiental</i> (Coulton, 1979).  <i>Sistema de valoración de calidad</i> (Dennis et alí. 1977).</p>
<p>Relación entre recursos de la institución y necesidades de los residentes.</p>	

## **II. LAS INFRAESTRUCTURAS**

# ÍNDICE

1. LOS RECURSOS .....	93
1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar.....	94
2. RECURSOS MATERIALES .....	97
a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno.....	98
a1) Definición de espacios e instalaciones básicas .....	98
a1.1) Repertorio de elementos .....	98
a1.2) Categorías para definir y estandarizar los repertorios..	100
a2) Funciones según los usos y necesidades de los/as usuarios/as...	103
a2.1) Repertorio de usos y necesidades .....	104
a2.2) Repertorio de las evaluaciones más mencionadas.....	105
a2.3) La prevención del riesgo de caídas a nivel de las infraestructuras y equipamientos .....	108
a3) Espacio abierto exterior y entorno .....	109
b) Equipamientos genéricos.....	110
b1) Repertorio de equipamientos genéricos y sus especificaciones	110
c) Equipamiento gerontológico .....	124
c1) Repertorio de equipamientos gerontológicos y especificaciones...	125
	91

c2) El equipamiento para los/as ancianos/as dementes .....	131
c2.1) Opciones entre separar o integrar los/as residentes.....	131
c2.2) Diseños de los espacios .....	132
3. RECURSOS ECONÓMICOS .....	135
a) Importancia atribuida a la inversión y a la financiación de las Residencias .....	136
b) Debates abiertos en torno a los temas económicos .....	136
4. RECURSOS HUMANOS .....	139
5. LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS ....	141
a) Criterios de evaluación.....	141
b) Indicadores para la evaluación de equipamientos cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta .....	142
c) Indicadores para la evaluación de equipamientos específicos .....	143

# 1. LOS RECURSOS

## Definiciones

En este análisis se entienden por “infraestructuras” todos los recursos de los que es necesario disponer para que sea posible:

- Crear una Residencia.
- Hacer que funcione.
- Ofrecer la gama y la calidad de servicios que estén determinados por las normativas.
- En razón de la naturaleza de los recursos las infraestructuras suelen diferenciarse según:
  - “Los recursos materiales y financieros”.
  - “Los recursos humanos”.

También en ocasiones (pero no en los textos analizados) se consideran recursos:

- “El conocimiento” y “el saber hacer”.
- La existencia de instituciones que promueven y coordinan “la generación de recursos”.

## Planteamiento

El análisis de cuáles deben de ser las infraestructuras necesarias para el mantenimiento, la creación y el buen funcionamiento de las Residencias es uno de los temas más estudiados, tanto a nivel teórico como normativo.

Estos análisis derivan:

- De la reflexión sobre los recursos genéricos que se necesitan en cualquier centro donde conviva un colectivo (cf. en esta misma parte “Infraestructuras”).
- De la previa definición de las tareas que deben de asumir las Residencias y de las actividades que en ellas se llevan a cabo (cf. “Programas públicos, Prácticas”).
- Del análisis de las necesidades que tienen los/as residentes (cf. “Las estructuras”).

Suele ser una observación adicional en los textos al uso que las tareas y las necesidades son más numerosas que los recursos disponibles y en algún caso, se añade, que siempre lo serán.

Por esa razón abundan más los análisis que se fijan en los recursos mínimos que aquellos que se dedican al cálculo de los recursos óptimos. Como es lógico, la valoración de lo que resulta imprescindible, y de lo que se considera excelente, a nivel de las infraestructuras, está sujeto a cambios con el paso del tiempo. En el tema que nos ocupa, esos cambios parecen bastante acelerados, seguramente por la creciente sensibilidad que existe hacia los problemas materiales y emocionales de la población mayor residencial y por el incremento de residentes con mayores demandas de servicios y atención especializadas.

### **1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar**

Para volcar la abundante literatura disponible es posible adoptar la siguiente clasificación:

*Recursos materiales*

- a) Infraestructuras físicas–arquitectónicas y su equipamiento.
  - a1) Edificio en su conjunto y su equipamiento.
  - a2) Espacio abierto exterior y entorno.
- b) Equipamiento gerontológico.
- c) Otros equipamientos genéricos.

*Recursos económicos*

- a) Capital.
- b) Financiación.
- c) Costos.

*Recursos humanos*

- a) Según funciones.
- b) Según formación y capacitación.
- c) Estimación de plantillas.

## 2. RECURSOS MATERIALES

### Organización del análisis de contenido referido a los recursos materiales

La información de la literatura referida a los recursos materiales se puede organizar de la siguiente forma:

- a) Aquellos textos que se refieren a *de qué forma deben de estar contruidos los edificios destinados a Residencias de mayores; de qué instalaciones deben de estar dotados y dónde deben de estar situados*. Este tema está muy documentado, tanto en los libros e investigaciones como en las normativas emanadas de las Administraciones públicas. Se analizan en II.2.a).
- b) Las referencias a *cuales deben de ser las instalaciones y equipamientos específicos que son necesarios para atender a la población residente en razón de esas demandas que son propias de su condición de mayores*. Se analizan en II.2.c) como “equipamientos gerontológicos”.
- c) Las menciones al *resto de las instalaciones y equipamientos que no son específicos de un centro de estancia permanente*, pero que se consideran necesarios para que la institución funcione. Se estudian como equipamientos genéricos en II.2.b).

## **a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno**

### **Plantecamiento**

La importancia que se le atribuye a una fijación de los *mínimos* que deben de exigirse a las infraestructuras físico-arquitectónicas de las Residencias se muestra en el trabajo referido a las normativas autonómicas.

No obstante, el tema parece estar todavía en fase de elaboración. Porque son muy distintos los elementos sobre los que se llevan a cabo las especificaciones y aún son más diversos los mínimos que se establecen. Por esa razón todavía existen pocos trabajos que se animen a sugerir modelos generales de evaluación.

### **Criterios para diseñar el análisis**

En los textos que se han examinado predominan criterios arquitectónicos aunque se nota la sensibilidad para las peculiaridades fisiológicas y afectivas de quienes son los destinatarios.

Recogemos dos ejemplos de estos criterios en el capítulo de "Documentos". Pero en el estado actual que tiene la literatura existente sobre este tema todavía es obligado examinar los repertorios de elementos infraestructurales concretos que se eligen como indicadores.

## **a1) Definición de espacios e instalaciones básicas**

### **a1.1) Repertorio de elementos**

Las funciones y usos de las Residencias justifican que se establezcan repertorios de los elementos de infraestructuras que deben ser objeto de un diseño específico y eventualmente de alguna regulación.

Actualmente se está realizando un esfuerzo de estandarización que no ha concluido cuando se redacta este capítulo.

El repertorio de tales elementos que se han recogido en las diversas fuentes es el siguiente:

Telefonía.	Mortuorio, velatorio.
Megafonía.	Área de servicios sociales.
Alarmas, seguridad contra intrusos.	Vestuario, taller de mantenimiento.
Señalizaciones.	Camas.
Intercomunicación.	Baño geriátrico.
Protección de incendios y evacuación.	Baño de incontinentes.
Instalaciones de seguridad pasiva.	Baño privado.
Pasillos, rampas.	Baños colectivos.
Escaleras.	Aseos.
Ascensores.	Sala de visitas.
Iluminación natural.	Zona de estar.
Iluminación artificial.	Peluquería.
Instalación eléctrica.	Sala de animación; de terapia ocupacional.
Instalación de gas.	Espacios de usos múltiples, o salas diferenciales para:
Calefacción.	Biblioteca TV.; videoteca; fonoteca, hemeroteca, discoteca.
Ventilación natural.	Sala de reuniones, salón de actos.
Ventilación artificial forzada.	Recepción.
Climatización:	Enfermería; cuarto de curas.
– En el conjunto del edificio;	Rehabilitación.
– En espacios determinados;	Oxigenoterapia.
– En habitaciones.	Farmacia.
Agua.	Espacio abierto exterior.
Fontanería y desagües.	Piscina.
Accesos al edificio.	Tratamiento de residuos sólidos.
Comedor.	Cocinas.
Habitaciones.	Lavandería, lencería.
Mobiliario.	Almacén.
Aparatos.	
Dirección.	
Administración.	

\* Fuentes: Casinello, A. M. (1995); CTN (1999); Diputación Foral de Álava (1996); Guillen, F., *et al.* (1998); INSS (1990); Leeds y Shore, M. (edti.) (1992); Luque, O. (1994); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995f); Teserra, M. A. *et al.* (1993); Vellos, P. (1991); Verciuiteren, R. (s.d.).

## a1.2) Categorías para definir y estandarizar los repertorios

### Diseño del análisis

Los trabajos que definen cómo deben de ser las infraestructuras y los equipamientos de las Residencias pueden verse facilitados si se adoptan unas categorías que sean generales y que quepa tomar en cuenta sistemáticamente cuando se fijan los estándares.

Ofrecemos en las páginas que siguen un modelo estándar. Procede del análisis de contenido de todos los documentos relacionados con la definición de elementos estructurales. De este modo se puede analizar no sólo las categorías que se están utilizando en la estandarización, sino además otras que no se han usado y que podrían ser pertinentes.

Además de esta sistematización de elementos que se consideran necesarios, en los edificios de las Residencias hay otros análisis similares:

- En 2b1) están las plantillas donde se sistematizan los equipamientos genericos.
- En 2c1) las plantillas correspondientes a los equipamientos gerontológicos.

El modelo que aquí se desarrolla organiza todas las especificaciones que se han encontrado en el análisis de las fuentes secundarias en los siguientes campos:

- Referencias a las ratios; al tamaño.
- Indicaciones relacionadas el diseño y con la distribución de los espacios y/o de los elementos.
- Indicaciones de equipamiento.
- Referencias al mantenimiento y/o la seguridad.
- Especificaciones legales y administrativas.
- Fuentes de los datos.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
- ILUMINACIÓN	- De emergencia (obligatoria a partir de 20 personas).	Abarca tres modalidades: - Natural. - Artificial. - De señalización. - De sueño a 30 cm. del suelo. Debe ser: - Suficiente. - Natural. - Uniforme. - Sin proyección de sombras, reflejos y deslumbramientos.				CTN
- INSTALACIÓN ELÉCTRICA.		- Mecanismos de apagado y encendido que sobresalgan de los paramentos con un color que resalte con el fondo.  - Altura de los interruptores adecuada para facilitar su uso por los usuarios de sillas de ruedas.	Incluirá: - <i>Tomas de tierra y mecanismos de fuerza.</i> - <i>Diferenciales</i> de alta sensibilidad en cada habitación. - <i>Timbre de llamada</i> en aseos, con cadenilla y pulsador que encenderá piloto sobre la puerta y en el control central. - <i>Grupo electrógeno de seguridad</i> que dé energía a: • Al alumbrado. • Al montacamillas • A las cámaras frigoríficas. A la sala de máquinas.	- Conducciones eléctricas empotradas en los paramentos u ocultas en falsos techos para evitar contactos directos.	- Debe cumplir como mínimo la legislación vigente.	CTN

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
– SEGURIDAD PASIVA				<p><i>Controles de seguridad:</i>  De aparatos que transportan o contienen energía.  Los cables eléctricos.  Las clavijas y enchufes.  La cocina.  Las estufas.  Revisión periódica.  De las estufas de gas/cocinas.  De quemadores.  De seguridad del suelo:  Moqueta/alfombras deshilachadas.  Estado de las escaleras.  Iluminación.  De los pasillos y escaleras.  De barandillas y asideros.</p>		CTN
– SEÑALIZACIÓN		<p>Modalidades:  – Óptica.  – Acústica.  – Táctil.</p>				CTN
– VENTILACIÓN:		<p>Modalidades:  – Natural.  – Artificial.  – De emergencia.  Debe evitar :  – El aire viciado.  – El exceso de calor y frío.  – La humedad y la sequía.  – Los olores desagradables.</p>				CTN
EN HABITACIONES		– Ventilación directa con 1/20 de la superficie de la habitación.				CTN
EN SALAS CERRADAS		– Deben incluir renovación de aire.				CTN
EN LOCALES BAJO RASANTE		– Con ventilación forzada.				CTN

## **a2) Funciones según los usos y necesidades de los/as usuarios/as**

### **Planteamiento**

Como se ha indicado, las mejores especificaciones de cuáles deben de ser las infraestructuras y equipamientos de los edificios para Residencias proceden de quienes utilizan criterios de arquitectura funcional, es decir, de quienes establecen los requisitos para el diseño de estos centros en base a las funciones que deben de cumplir.

Establecer las funciones es tarea que requiere el concurso de especialistas en Residencias y Tercera Edad, quienes pueden tomar en cuenta, además de las funciones gerontológicas, otras de naturaleza más existencial. Hemos intentado en este trabajo poner algún orden en el variopinto repertorio de funciones que se le asignan a los edificios, a sus equipamientos y al entorno, recurriendo a los siguientes criterios:

- *Distinguiendo los diversos usos que hacen de esas infraestructuras los/as residentes y quienes les atienden*
- *Clasificando los usos según las necesidades a los que correspondan.*

## α2. 1) Repertorio de usos y necesidades

<p><b>Funciones según los usos de los/as residentes:</b></p>
<p><b>MOVILIDAD</b></p> <p>Debe de facilitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Salir, entrar.</li> <li>● Estar confortablemente.</li> <li>● Estar seguro.</li> <li>● Circular, deambular.</li> <li>● Pasear.</li> </ul>
<p><b>FISIOLÓGICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alimentarse, beber.</li> <li>● Dormir.</li> </ul>
<p><b>TERRITORIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● De limpieza y aseo.</li> <li>● Poser y guardar cosas.</li> <li>● Abrigo, calor.</li> <li>● Vestirse, desvestirse.</li> </ul>
<p><b>RELACIONALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recibir personas.</li> <li>● Reunirse, comunicarse.</li> <li>● Aislarse.</li> <li>● Entrenarse, distraerse.</li> <li>● Recibir ayuda.</li> <li>● Desplazarse; accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>– a la ciudad.</li> <li>– a los servicios de salud.</li> <li>– a zonas verdes.</li> <li>– a zonas de ocio.</li> </ul> </li> <li>● Duelos.</li> </ul>
<p><b>MÉDICO/CLÍNICOS.</b> Previstos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Preservar la salud.</li> <li>● Curar, cuidar.</li> <li>● Palliar el sufrimiento.</li> </ul>
<p><b>ADMINISTRATIVOS</b></p> <p>Adecuado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestionar, dirigir, planificar, administrar.</li> <li>● Controlar a los/as administradores.</li> <li>● Seguir y evaluar resultados.</li> </ul>
<p><b>MANTENIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Facilitar la labor del personal.</li> <li>● Garantizar la seguridad.</li> </ul>

a2.2) Repertorio de las evaluaciones más mencionadas

• Usos	• Repertorio de indicadores
Territoriales	<p><b>Abrijo, calor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Iluminación, ventilación, temperaturas específicas para población mayor.</li> <li>* Áreas verdes, soleadas y saludables.</li> </ul> <p><b>Limpieza y aseo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuartos de baño y aseos adecuados para transferencias y limpieza de incontinentes.</li> </ul> <p><b>Poseer y guardar cosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuartos personalizados.</li> <li>* Armarios accesibles.</li> </ul> <p><b>Vestirse/desvestirse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Separaciones para privacidad en habitaciones.</li> </ul>
Movilidad	<p><b>Salir, entrar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Accesibilidad desde exterior.</li> <li>* Señalizaciones.</li> <li>* Facilidad de evacuación.</li> <li>* Eliminación de rampas, bordillos y otras barreras arquitectónicas.</li> <li>* Existencia de ayudas protésicas.</li> </ul> <p><b>Estar confortablemente</b></p> <p>Características de las zonas de uso común:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Número y destino de los espacios, con indicación de superficie.</li> <li>* Ratio m<sup>2</sup>/habitantes.</li> </ul> <p><b>Estar seguro</b></p> <p>Medidas para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Accidentes domésticos.</li> <li>* Envenenamientos.</li> <li>* Quemaduras, electrocución, cortes.</li> <li>* Salidas fuera del Centro de quienes puedan dañarse o perderse.</li> </ul>

• Usos	• Repertorio de indicadores
	<p><b>Circular, deambular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Racionalización de los movimientos del personal.</li> <li>* Ayudas de orientación.</li> <li>* Regularidad, orden y comprensibilidad del espacio, para facilitar la orientación de los/as residentes</li> <li>* Control de la entrada en lugares peligrosos.</li> <li>* Anchos adecuados para circulación de sillas de ruedas.</li> </ul>
<p><b>Fisiológicas</b></p>	<p><b>Alimentarse, beber</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infraestructuras de cocina y sus anexos adecuados para proveer de dietas especiales e ingesta asistida.</li> </ul> <p><b>Dormir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sistemas para control del sueño.</li> </ul>
<p><b>Relacionales</b></p>	<p><b>Reunirse, comunicarse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacidad y adecuación para estimular relaciones sociales, en pequeños y grandes grupos.</li> </ul> <p><b>Aislarse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Disposición de espacios privados.</li> <li>* <i>Ibidem</i>, para las parejas.</li> <li>* Capacidad de amueblar y decorar espacios privados.</li> <li>* Tamaño óptimo (número de plazas en total y en habitaciones).</li> </ul> <p><b>Entretenerse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Equipamientos para el ocio.</li> <li>* El uso de los medios de comunicación (prensa, cine, radio, TV, etcétera).</li> </ul> <p><b>Recibir ayuda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Timbres, luces de llamada y de emergencia.</li> <li>* Cuarto para control permanente de enfermería.</li> </ul> <p><b>Desplazarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Disponibilidad de transportes.</li> <li>* Disponibilidad de acompañantes.</li> </ul>

• Usos	• Repertorio de indicadores
	<p><b>Duelos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Espacios rituales.</li> <li>* Accesos independientes.</li> </ul> <p><b>Recibir personas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Salas de visita con privacidad.</li> <li>* Adecuación de los cuarto privados para este uso.</li> <li>* Servicios separados.</li> </ul>
Médico-clínicos	<p><b>Preservar la salud curar, cuidar, paliar el sufrimiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infraestructuras de mantenimiento y rehabilitación</li> <li>* Infraestructuras y equipamientos de urgencias, de curas</li> <li>* Sistemas para detectar necesidad rápida de atención</li> </ul>
Administrativos	<p><b>Gestionar, dirigir, planificar, administrar</b></p> <p>Separación de espacios según sus usos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Modelización flexible de las plantas para diferentes ocupaciones de los residentes.</li> </ul> <p><b>Controlar a los administradores/as</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sala de consejo, de reuniones.</li> <li>* Posibilidad de participar en la modificación del entorno.</li> </ul>
Mantenimiento	<p><b>Facilitar la labor del personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Salas de personal.</li> <li>* Baños separados.</li> </ul>

### α2.3) La prevención del riesgo de caídas a nivel de infraestructuras y equipamientos

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Suelos inadecuados.</li><li>● Suelos con grasa.</li><li>● Suelos con agua.</li><li>● No se usa cera antideslizante.</li><li>● No limpian las salpicaduras.</li><li>● Objetos en el suelo.</li><li>● Cables en lugares de paso.</li><li>● Bordes de alfombras inadecuados.</li><li>● Alfombras deslizantes.</li><li>● Llaves de luz no accesibles.</li><li>● Muebles de apoyo inestables.</li><li>● Iluminación inadecuada.</li><li>● No accesibilidad teléfono de emergencia.</li><li>● Sin barandillas en lugares de riesgo.</li><li>● Inadecuada altura de las sillas.</li><li>● Muchos muebles en lugar de paso.</li><li>● Alfombra deslizante a la salida de la ducha.</li><li>● Ducha sin alfombra antideslizante.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Jabón de pastilla en ducha.</li><li>● Demasiada distancia a toalleros.</li><li>● Bañera o ducha sin asideros.</li><li>● Bañera o ducha sin asiento/tabla transfer.</li><li>● Bañera alta: difícil acceso.</li><li>● Reducido espacio ducha.</li><li>● Retrete bajo sin elevador.</li><li>● Retrete sin barras de apoyo.</li><li>● Mala orientación de cama.</li><li>● Inadecuada altura de cama.</li><li>● Alfombras al pie de cama.</li><li>● Inadecuada colocación mesilla.</li><li>● Sin interruptor de luz junto a la cama.</li><li>● Sin lamparilla de mesa.</li><li>● Armarios de ropa altos.</li><li>● Demasiados objetos en habitación.</li><li>● No hay timbre de llamada.</li></ul> |
|---|---|

### **a3) Espacio abierto exterior y su entorno**

#### **Planteamiento**

Según la CTN, el espacio abierto exterior incluye:

- Patios, jardines, terrazas privativas de la Residencia.
- Otros espacios públicos no privativos si están a menos de 50 metros y son accesibles.

Cuando en los textos se menciona el entorno de la Residencia, generalmente viene a cuento de la necesidad de:

- Áreas que permitan el paseo de los/as residentes. Se señala la necesidad de lugares donde sentarse, de espacios con sombra y protegidos de la lluvia
- Control sobre los/as residentes que podrían desorientarse, perderse, escaparse o sufrir algún accidente.
- Facilidad para los desplazamientos a otros lugares y para la recepción de visitas.

La referencia al espacio exterior también suele hacerse considerando al edificio en su entorno. Se indica que hay que tomar en cuenta:

- Uso del espacio exterior por personas con movilidad reducida, lo cual afecta al diseño de los accesos a la Residencia desde el exterior. Se indica que es necesario:
  - Eliminar barreras
  - Evitar desniveles pronunciados
  - Preparar los caminos para circular con sillas de ruedas.
- También existen indicaciones de carácter estético, como la siguientes:
  - Evitar la excesiva volumetría o altura.
  - Elegir materiales que cumplan con la funcionalidad específica que requieran las Residencias, sin mengua de su valor estético.

## **b) Equipamientos genéricos**

### **Concepto**

Equipamientos genéricos: aquellos que constituyen parte de cualquier edificio residencial. En todo caso, las exigencias propias de una residencia para mayores, llevan en la mayoría de las fuentes consultadas que lo genérico tenga que ser específico.

### **b1) Repertorio de equipamientos genéricos y sus especificaciones**

- Las normativas y Replamamentos e indicaciones de las CC.AA. suelen elaborar un detallado repertorio (cf. el correspondiente análisis del contenido).
- En las fuentes secundarias también hay numerosos textos que abordan cuáles deben de ser los equipamientos específicos y sus especificaciones.

Los Cuadros que siguen permiten un análisis comparativo de las indicaciones que se manejan para proyectar o evaluar los equipamientos genéricos. Se han vuelto a considerar los mismos criterios que en el estudio de los edificios y sus equipamientos (cf. 2.a11):

- RATIO/tamaño.
- Diseño distribución.
- Equipamiento.
- Mantenimiento, seguridad.
- Especificaciones legales y administrativas.