



**UJI**

***LAS RESIDENCIAS PARA LA  
GENTE MAYOR***

**Alumno: Juan Ramón Domínguez Llorens**

**Dirigido por: D. Alfredo Alfageme Chao**

**Titulado Universitario Senior  
Mayo/2003**

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Teorías sobre la evolución del envejecimiento de la población mayor.	
1.1.1. <i>Definición del envejecimiento demográfico.</i>	
1.1.2. <i>Causas de envejecimiento demográfico.</i>	
1.1.3. <i>Situación del envejecimiento en el mundo.</i>	
1.1.4. <i>Situación en la Unión Europea.</i>	
1.1.4.0. <i>Situación en España.</i>	
1.1.5. <i>Situación en Castellón.</i>	
1.1.5.0. <i>Proyección demográfica de la U.E. hasta el 2025.</i>	
1.1.6. <i>Repercusiones del envejecimiento demográfico.</i>	
<b>2. INSTITUCIONES PARA MAYORES.....</b>	<b>14</b>
<b>3. SERVICIOS SOCIALES PARA EL MAYOR.....</b>	<b>16</b>
3.1. Ayuda a domicilio.	
3.1.1. Servicio tele asistencia.	
3.2. Atención de día	
3.3. Estancias temporales.	
3.4. Las residencias.	
3.5. Otras alternativas.	
3.5.1. <i>Otros servicios.</i>	
3.5.2. <i>Hogares y clubes</i>	
3.5.2.0. <i>Universidad para mayores.</i>	
3.5.3. <i>Vacaciones y termalismo.</i>	
3.6. Mirando al futuro.	
3.6.1. <i>Los mayores del mañana tendrán diferentes características demográficas, sociales y económicas.</i>	
<b>4. RESIDENCIAS PARA MAYORES.....</b>	<b>23</b>
4.1. Introducción	
4.2. La Residencia para mayores	
4.2.1. <i>Adaptación arquitectónica a ellas.</i>	
4.2.2. <i>Otros detalles arquitectónicos y básicos.</i>	
4.3 Modelos actuales.	
4.3.1. <i>Residencia de Vinaroz.</i>	
4.3.2. <i>Complejos residenciales-Villa Patricia (Benidorm).</i>	
4.3.3. <i>Sun City.</i>	
<b>5. NUEVOS CONCEPTOS.....</b>	<b>28</b>
5.1 Modelo de residencia moderna.	
<b>6. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>34</b>
<b>PLANOS.....</b>	<b>43</b>

## 1.- INTRODUCCIÓN

Esta introducción pretende definir el objetivo de este trabajo. Se quiere acercar a la problemática de la tercera edad y su solución, en parte, a través de residencias con servicios gerontológicos y con los distintos niveles de asistencia, así como actuaciones ya emprendidas o en vías de comenzar, para extraer una conclusión de síntesis de las distintas opciones, para, si es posible, buscar la residencia "ideal".

Puntos de partida:

- Envejecimiento demográfico
- Sensibilidad social
- Convicción de que la configuración del espacio físico, influye decisivamente, en el bienestar social de las personas.

Con esta idea se facilitará la comprensión y el contexto del trabajo.

### ***1.1.- TEORÍAS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR***

Hay dos teorías distintas sobre el envejecimiento de la población (Roques, 1997) y nosotros titulamos con el adjetivo mayor, porque a la par que envejece la población total, la población mayor también envejece. Ello nos lleva a la interpretación "cataclísmica" que al considerar que los próximos treinta años la población mayor de sesenta y cinco años se va a duplicar y la superior a los ochenta se va a cuadruplicar, va a tener consecuencias considerablemente negativas sobre los aspectos sociales, económicos, políticos, sanitarios, familiares, y urbanísticos, con un potencial peligro sobre el sistema de protección social.

La segunda teoría más "positivista" lo enfoca como un logro el alargar la vida y de tal forma que después de la jubilación, la población mayor sea útil para la sociedad, puesto que llegan con mejores aptitudes físicas y psíquicas con lo que se debe contemplar una imagen de una mayor actividad social y desterrar la idea de que la vejez es igual a improductividad.

#### ***1.1.1.- Definición del envejecimiento demográfico***

El envejecimiento <sup>(1)</sup> demográfico se define por el hecho de que una población envejece cuando la proporción de ancianos (personas de 65 años y más años) aumenta a lo largo del tiempo sobre el conjunto de la población (Abellan y cols, 1996). Así mismo, un acercamiento a la conceptualización del envejecimiento demográfico sería aquella que lo

considera como "un fenómeno estructural de complejas implicaciones demográficas, económicas y sociales" (Barrientos y cols., 1989).

*(1) Envejecimiento: Según el Diccionario de la Lengua, acción y efecto de envejecer. Envejecimiento demográfico: Según la Enciclopedia Larousse, acumulación de la población en las edades avanzadas.*

### **1.1.2.- Causas del envejecimiento demográfico**

Podemos considerar que las causas fundamentales y básicas son tres.

- a) El descenso en el índice de fecundidad de las mujeres es el origen primero de todo envejecimiento demográfico. Ello conlleva un aumento relativo del grupo de mayores respecto a la población total. Es también el llamado envejecimiento por la base de la pirámide poblacional.
- b) La creciente esperanza de vida, consecuencia de una disminución de la mortalidad por los avances en medicina, las mejores condiciones de vida, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En la pirámide poblacional representa un envejecimiento por la cúspide (Roques, 1997).
- c) Los movimientos migratorios, también hay que tenerlos en cuenta, sobre todo los que se producen en el interior de España.

### **1.1.3.- Situación del envejecimiento en el mundo**

El problema afecta, predominantemente a los países más desarrollados. De momento, no se vislumbran cambios en los países subdesarrollados por los problemas económicos, sanitarios, sociales y políticos que padecen. En los países en vías de desarrollo existe la posibilidad, al menos potencial y en un futuro, que puedan llegar a envejecer. O sea, población envejecida y regresiva en países desarrollados y población joven y progresiva en los demás países. Teniendo en cuenta que hoy en día debido a las vacunas contra enfermedades endémicas se está produciendo un envejecimiento también en los países del tercer mundo.

Sin embargo, esta perspectiva se está modificando en los últimos años a raíz de diferentes cambios experimentados tanto en los países desarrollados, tales como el incremento de la fecundidad en los países del norte europeo, el mantenimiento de la baja tasa de fecundidad en los del sur o el descenso de la esperanza de vida en los países del este; como en los países en vías de desarrollo, tales como el férreo control de la

natalidad (China, India) a los movimientos migratorios hacia países con mejores condiciones económicas (Cai y Sigwalt, 1993; Hernández-Sánchez, 1994; Eurostat, 1995; Roques, 1997).

En la actualidad las personas mayores de 65 años representan entre el 12% y el 15% de la población en la mayoría de los países desarrollados, y se espera que en el años 2020 este porcentaje aumente hasta cifras cercanas al 25% (Olshansky y cols., 1993). La expectativa media de vida en Occidente ha aumentado de 47,3 años en 1.900 a 74,5 años en 1982 (Cacabelos, 1991). Además, en la presente década, cuatro de cada cinco personas nacidas alcanzarán los 65 años, mientras que solamente dos de cada cinco lo hacían en 1900 (Cacabelos, 1991).

En términos absolutos, el país con mayor número de personas con 65 y más años es China, seguida de la India y Estados Unidos, hecho que no debe extrañar dado el peso específico sobre la población mundial que tiene tanto China como la India. Sin embargo, es necesario destacar que entre los trece países con mayor cantidad de población anciana en cifras absolutas, cinco pertenecen a la Unión Europea: Alemania, Reino Unido, Italia, Francia y España. Todo ello justifica que actualmente el VI Programa Marco de I+D de la Unión Europea, en el tema de mayores también se preocupa del desarrollo de productos y servicios dirigidos a este grupo de edad, y el que políticamente cada vez sea más frecuente el debate sobre aspectos referidos a la población anciana: edad de jubilación, pensiones, intercambio generacional, etc.

Por tanto, en las proximidades del siglo XXI, las sociedades más desarrolladas contemplan el fenómeno del envejecimiento de la población como consecuencia de una fecundidad descendente y un aumento de la esperanza de vida (ver tabla nº 2). Esta breve aproximación mundial sirve de marco de referencia en el que ubicar la situación en nuestro medio. Es evidente que el problema del envejecimiento poblacional afecta predominantemente a los países más desarrollados, a pesar de que se esbozan cambios en los países en vías de desarrollo que pueden, al menos potencialmente y en un futuro, llegar a envejecer la población de los mismos. No obstante, las enormes diferencias actuales en cuanto a mortalidad, esperanza de vida, envejecimiento o desarrollo económico, sanitario, social y político entre ambos hemisferios son notorias.

## ESPERANZA DE VIDA AL NACER

**TABLA Nº 1**

	1970		1990	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ISLANDIA	71,1	76,9	74,2	80,2
NORUEGA	71,1	77,2	72,9	79,5
HOLANDA	70,7	76,5	72,8	79,7
SUECIA	71,9	77,0	73,3	79,3
DINAMARCA	70,7	75,9	71,7	77,9
FRANCIA	68,4	75,9	70,7	78,9
REINO UNIDO	68,7	75,0	70,7	78,9
ITALIA	68,8	74,7	71,1	77,9
ALEMANIA OCCIDENTAL	67,4	73,8	70,4	77,1
JAPÓN	69,3	74,7	74,0	79,4
USA	67,0	74,6	70,9	78,4
URSS	64,0	73,5	-	-
ESPAÑA	62,2	74,7	73,0	79,1

**Fuente: Esperanza de vida al nacer (Hernández-Sánchez, 1994)**

## PAÍSES CON MÁS DE CINCO MILLONES DE PERSONAS CON 65 AÑOS O MÁS

**TABLA Nº 2**

Países	Población con 65 y más años (miles)
China	62.993
India	34.729
Estados Unidos	32.789
Japón	16.243
Rusia	16.082
Alemania	11.871
Reino Unido	9.137
Italia	8.555
Francia	8.358
Brasil	6.997
Indonesia	6.750
Ucrania	6.531
España	5.572

**Fuente: Naciones Unidas: Anuario Demográfico, 1993**

### **1.1.4.- Situación en la Unión Europea**

La población de la U.E. y por tanto también de España tiene un progresivo envejecimiento que puede ser explicado, por el ***brutal descenso de la natalidad***, que experimentaron los países europeos occidentales entre 1965-1975 y los del norte a partir de 1975. El descenso en el índice de fecundidad tiene causas complejas, difíciles de encuadrar y siempre discutibles.

Todos los países de la UE están por debajo del umbral de reemplazo generacional (Tabla 3) que se establece en 2,10 hijos por mujer.

#### **Umbral de reemplazo generacional de 1990**

**TABLA Nº 3**

IRLANDA	2,8	ITALIA	1,5
GRECIA	1,9	PAÍSES BAJOS	1,4
ESPAÑA	1,8	DINAMARCA	1,3
FRANCIA	1,7	ALEMANIA	1,2
REINO UNIDO	1,6		
BÉLGICA	1,6		

(En 2003, España e Italia son los más bajos con 1,2)

“El segundo factor explicativo del envejecimiento poblacional, como se ha comentado en apartados anteriores, es el descenso de la mortalidad o aumento de la esperanza de vida. A partir de 1945 se reduce de forma potente la mortalidad en la práctica totalidad de los países industrializados, fenómeno que, en parte, se ha intentado explicar a través del denominado modelo de transición epidemiológica (Picheral, 1989; Olivera, 1993), consistente en la disminución de la mortalidad debida a causas infecciosas, parasitarias o carenciales (o causas exógenas) y aumento de la importancia de las enfermedades crónicas y degenerativas (o causas endógenas), relacionándose estos hechos con el desarrollo económico, social y sanitario de un país.” **(Fuente: Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).**

#### **1.1.4.0.- Situación en España**

En España, la esperanza de vida entre 1970 y 1990 oscilaba alrededor de los 74-78 años (ver tabla nº 1), y en 1980 alrededor de los 77 años (Plan Gerontológico, 1993) y en cambio en 1900 era de 34,76 años (Cacatelos, 1991), además el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años ha sido en España, en lo que va de siglo, una de las más altas del mundo, superior a países como Francia, Austria, Suiza o Japón (Abellán y cols., 1996).

Los movimientos migratorios con datos de 1996 solo adquieren relativa importancia en algunos municipios. Pero dicha situación ha tomado un giro radical al encaminar países no comunitarios y, sobre todo, del Norte de África y de algunos países del Este, que afectarán al confluir los tres factores de envejecimiento demográfico, al mismo.

También hay que tener en cuenta, "Baby-boom" de los años 60 y la natalidad posterior, que se ha producido con cierto retraso con respecto a Europa.

Por todo ello es necesario la planificación de los dispositivos necesarios que permitan la integración de los posibles cambios en el tejido social que se avecinan a medio plazo.

#### **1.1.5.- Situación en Castellón**

Según lo que citaba África Ventura en el diario Mediterráneo de principios de 2003, en Castellón la cifra de jubilados en la provincia aumenta a una media de 1.000 por año. Entre 1993 y 2002 se han contabilizado 10.327 jubilados más en Castellón. Hace diez años, el Instituto Nacional de Estadística calculó que había en la provincia de Castellón 74.068 habitantes mayores de 65 años, frente a los 84.395 del presente. En el 2005 se llegará a más de 85.500.

El envejecimiento de la población, ligado a la mejora de la calidad de vida y de la sanidad, ha elevado la esperanza de vida desde los 77,43 años del año 92 a los 79,03 años del 2002. Según el Informe Delors, estos factores, junto a la incorporación de la mujer al mercado laboral, han propiciado un cambio en las necesidades de la sociedad que están desembocando en un desarrollo de los servicios para los más mayores.

Prueba de ello es que en la provincia se invertirán 44,50 millones de euros (7.400 millones de pesetas) en la construcción de 12 centros de la tercera edad en los próximos tres años, aseguró el Conseller de



Bienestar Social, Rafael Blasco. Así, en el 2005 la provincia contará con 1.352 plazas más en residencias de la tercera edad, un tercio de las cuales (451) serán de titularidad pública, mientras que las 901 restantes serán de gestión privada.

Ya son siete los centros que, según las mismas fuentes, ya disponen actualmente de suelo para ejecutar las obras. Se trata de las residencias de Cabanes, Morella, Montán, Vilafamés, Benassal, Benicàssim y Castellón.

En la actualidad, la provincia de Castellón cuenta con 23 centros residenciales, entre los pertenecientes a la Generalitat, la administración local, entidades con ánimo de lucro y entidades sin ánimo de lucro. Estos 23 centros ofrecen un total de 1.701 plazas, que, sumadas a las más de 1.300 previstas, permitirán que en el 2005 haya 3.053 plazas en residencias de la tercera edad.

El perfil de los ancianos internados suele ser el de una mujer de 75 años en adelante que, por diversos factores, requiere de atención especializada. Para otros ancianos se están potenciando alternativas como los centros de día, en el que los mayores permanecen durante la jornada y después regresan a dormir con sus familias; los pisos tutelados para mayores autosuficientes, como el inaugurado en el Mas de la Pelejana; incluso, el mantenimiento en el entorno familiar con la aparición de las empresas de asistencia a domicilio.

Los avances sanitarios, por otro lado, hacen que muchos mayores se encuentren con 65 años en plenas facultades y con mucho tiempo libre, de ahí que hayan proliferando clubs de pensionistas o los centros CEAMS que ofertan actividades lúdicas como natación, bailes de salón, excursiones; educativas, como cursos de informática, internet o inglés; sanitarias, como podología y gimnasia pasiva; y hasta talleres de peluquería.

**1.1.5.0.- PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA EN LA U.E. HASTA EL 2025****PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS PARA CADA PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA DESDE EL AÑO 1995 HASTA EL AÑO 2025****TABLA Nº 4**

<b>País</b>	<b>Población</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
R.F. Alemania	≥65 (n) (%)	9.883.800 (16,34%)	10.121.400 (17,10%)	11.766.500 (21,12%)	12.079.890 (21,72%)	12.862.300 (23,60%)	13.783.530 (25,82%)
	Total	60.173.300	59.198.700	55.712.400	55.314.500	53.575.740	51.583.150
Francia	≥65 (n) (%)	8.493.200 (14,88%)	9.113.000 (15,74%)	9.599.900 (16,34%)	10.358.720 (17,42%)	10.995.530 (18,28%)	11.646.430 (19,60%)
	Total	57.060.900	57.881.500	58.764.600	59.794.750	60.747.040	61.721.020
Italia	≥65 (n) (%)	8.936.800 (15,58%)	9.486.100 (16,59%)	10.107.500 (18,16%)	10.926.440 (19,53%)	11.590.090 (20,87%)	12.295.130 (22,32%)
	Total	57.364.200	57.226.300	55.645.800	55.837.240	22.259.230	54.270.330
Países Bajos	≥65 (n) (%)	2.049.800 (13,64%)	2.170.900 (14,27%)	2.427.300 (16,02%)	2.578.570 (16,78%)	2.761.060 (17,86%)	2.960.780 (19,07%)
	Total	15.028.000	9.665.200	9.406.100	9.352.860	9.222.370	9.069.890
Bélgica	≥65 (n) (%)	1.559.400 (16,03%)	1.626.800 (16,83%)	1.628.000 (17,31%)	1.726.090 (18,39%)	1.782.040 (18,210%)	1.834.470 (20,00%)
	Total	9.728.900	9.665.200	9.406.100	9.352.860	9.222.370	9.069.890
Luxem.	≥65 (n) (%)	49.300 (13,22%)	51.700 (13,84%)	53.400 (14,48%)	55.370 (14,89%)	57.810 (15,56%)	59.930 (16,17%)
	Total	373.000	373.500	368.800	339.830	232.520	229.780
Reino Unido	≥65 (n) (%)	8.760.000 (15,19%)	8.748.000 (15,10%)	8.961.000 (15,44%)	8.888.410 (15,19%)	8.914.640 (15,16%)	8.985.340 (15,21%)
	Total	57.683.000	57.942.000	58.024.000	58.498.610	58.769.030	59.034.320
Irlanda	≥65 (n) (%)	481.500 (13,07%)	526.300 (14,05%)	536.700 (14,15%)	592.370 (15,42%)	630.220 (16,21%)	666.470 (16,96%)
	Total	3.684.3200	3.745.900	3.793.200	3.870.750	3.935.170	3.999.950
Dinamarca	≥65 (n) (%)	793.900 (15,54%)	794.600 (15,54%)	845.700 (16,85%)	851.410 (16,93%)	866.100 (17,31%)	891.180 (17,92%)
	Total	5.108.300	5.114.000	5.019.000	5.028.560	5.003.130	4.965.440
Grecia	≥65 (n) (%)	1.386.500 (13,64%)	1.506.500 (14,44%)	1.620.000 (15,28%)	1.728.960 (15,95%)	1.862.180 (16,90%)	1.984.180 (17,73%)
	Total	10.167.900	10.434.700	10.602.500	10.917.170	11.177.380	11.435.050
España	≥65 (n) (%)	5.629.900 (14,07%)	6.110.400 (15,02%)	6.243.600 (15,15%)	6.850.700 (16,40%)	7.267.360 (17,19%)	7.668.790 (17,94%)
	Total	40.021.500	40.691.300	41.203.700	42.045.980	42.745.440	43.448.640
Portugal	≥65 (n) (%)	1.426.500 (13,19%)	1.525.500 (13,69%)	1.601.000 (13,96%)	1.726.140 (14,73%)	1.830.130 (15,25%)	1.934.490 (15,37%)
	Total	10.819.900	11.941.100	11.472.700	11.845.200	12.311.350	12.582.200
Total UE	≥65 (n) (%)	49.410.500 (15,10%)	51.735.800 (15,75%)	55.391.100 (17,04%)	58.342.070 (17,81%)	61.390.870 (18,73%)	64.678.020 (19,76%)
	Total	327.234.70	328.572.40	325.160.40	328.277.14	328.528.78	328.393.51

**Fuente: EUROSTAT**

Como se puede comprobar en la tabla anterior, comenzando la cuenta desde el año 2000, hasta el 2025, tenemos unos crecimientos porcentuales todos positivos con un mínimo en el Reino Unido +0,11 puntos y un máximo de 8,00 en Alemania. España, en ese mismo periodo, tendrá un aumento porcentual de 2.92 puntos, llegando al 17,94%. En el total de la U.E., el porcentaje quedará en el 19,76%, con lo que España estará casi dos puntos porcentuales por debajo de la media, con lo que se habrá recuperado población menor de 65 años, ya que en el 2000, solo está porcentualmente hablando, 0,73 puntos por debajo de la media de la U.E.

No obstante, lo visto y comentado de la tabla nº 4, hay que decir, que ha cambiado bastante las previsiones que se hicieron en el año 1995, puesto que en España, el 17,94% que se esperaba alcanzar en el 2025, en el 2003 estamos en el 17% aproximadamente.

A la vista de este mismo cuadro de proyección, pueden tener problemas sociales y económicos, además de Alemania, los Países Bajos, Francia, Bélgica, Grecia y España.

### ***1.1.6.- Repercusiones del envejecimiento demográfico***

Como se ha descrito, se está asistiendo a un incremento de la población mayor de 65 años. Ello ha producido a la transformación de las pirámides poblacionales que contribuye a la progresión del índice de demencias en las sociedades occidentales, debido a lo cual hay un progresivo interés en el campo de la Tercera Edad, con los hechos relevantes:

- a) La tendencia a aumentar la tasa de envejecimiento.- Según el libro Blanco de la Tercera Edad de la U.E. (1999; Serra 1996), se calcula que para el año 2025 habrá en España 8,1 millones de personas de 65 o más años, aproximadamente el 19% de la población.
- b) El mayor incremento porcentual de los llamados muy viejos (viejos-viejas), es decir, mayores de 80 años.

En España había 4.651.036 personas mayores de 65 años y 916.489 mayores de 80 años en 1986, calculándose que para el 2010 superarán los 65 años 6.193.570 personas y los 80 aproximadamente 1.518.079 (Plan Gerontológico 1993). En general, a medida que se aumente en edad, mayor será el crecimiento. El grupo de 65-74 años multiplicará por 1.5; el grupo 75-89 años lo hará por dos y el grupo de más de 90 por cuatro; Todo ello para un mismo periodo de tiempo (Hernández-Sánchez, 1994).

El creciente número de ancianos, ha llevado en paralelo una serie de repercusiones sociales, económicas, familiares y médicas de las que habría que destacar entre otras:

1ª Consecuencias socio-asistenciales: Las personas mayores consultan al médico un 60% más que el resto, se hospitalizan 1.6 veces más, entre un 15-20% de camas están ocupadas por mayores, más con problemas sociales que médicos (Abellán y cols. 1996). Uno de cada dos pacientes en atención primaria son mayores. Los mayores de 75 años triplican en número de ingresos al resto de ciudadanos y los mayores de 85 años quintuplican la tasa de la población general.

2ª Consecuencias económicas: Actualmente el 13,20% de la población (mayores de 65 años) representan el 20% de las consultas médicas, el 68% del gasto total en farmacia y el 40% del gasto sanitario total (según INSALUD en 1989). Las perspectivas para el 2025 es un aumento del 50% de los gastos de salud y un aumento en las pensiones entre el 70 y un 250% al disminuir la proporción de activos/jubilados y cotizantes/beneficiarios (Hernández-Sánchez, 1994).

3ª Consecuencias familiares: La mayor parte del cuidado del anciano recae sobre sus familiares que se han convertido en el "cuidador" principal de esta población. Este hecho se debe (entre otros) a que casi todos tenemos un progenitor vivo, menor número de hijos cuidadores, incorporación de la mujer al mundo laboral y aumento de generaciones vivas. Ello ha generado, un gran interés por el estudio de la problemática que genera el cuidado en el cuidador, habiéndose observado estados depresivos en los cuidadores. Los cambios sociales en el concepto familiar, donde muchos trabajan ha llevado consigo una mayor carga con situaciones poco saludables para los mayores (sentimientos de inutilidad y carga, soledad, rotaciones... etc.) y para los cuidadores una sobrecarga, si la persona mayor presenta un cuadro de deterioro cognitivo, que requiere una asistencia y supervisión continuada.

4ª Consecuencias médicas: La escuela Nacional de Salud Española establece que el 81,3% de los varones y el 87,3% de las mujeres mayores de 65 años, padecen alguna enfermedad crónica, aunque pocas veces altere las actividades diarias. Según la OMS el 25% de los mayores de 65 años tienen algún trastorno psiquiátrico (normalmente depresión) hasta los 75 años y por encima de esta edad, aumenta la demencia en algunos casos (Serra 1996).

La depresión unida a la existencia de factores sociales, económicos y culturales ha originado una demanda de atención e interés por la "tercera edad" y por la Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría en particular, para paliar este problema de trascendente importancia, puesto que puede obtenerse una buena respuesta terapéutica (Baldwin y Jolley 1996, Cole, 1990).

**SITUACIÓN DEMOGRÁFICA (TOTAL POBLACIÓN/>65AÑOS) Y  
OFERTA DE PLAZAS RESIDENCIAS EN 1994  
TABLA 5**

## 2.- INSTITUCIONES PARA LA PERSONA MAYOR

Las carencias en los mayores, debido al envejecimiento poblacional, han aumentado de forma paralela debido a ello (mayor dependencia, descenso del poder adquisitivo, soledad, pérdida del rol social, etc.).

En España, la atención a los problemas de salud en Psicogeriatría se encuentran divididos en dos áreas: SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIOS SANITARIOS, que en teoría deberían estar organizados íntegramente, pero en realidad están organizados casi siempre en paralelo lo que redundaría en mayor deficiencia y gasto.

### RED DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN PSICOGERIATRÍA Fuente (Martín Carrasco, 1996)

SERVICIOS DE SALUD	SERVICIOS SOCIALES
CENTROS DE SALUD Atención Primaria Atención Especializada	SERVICIOS SOCIALES DE BASE  ATENCIÓN DOMICILIARIA
CENTRO DE SALUD MENTAL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO	CENTRO DE DÍA PSICOGERIÁTRICO SERVICIOS RESIDENCIALES Residencia de ancianos Residencia Asistida Residencia Psicogeriátrica
HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO CONSULTAS AMBULATORIAS HOSPITALARIAS DE PSIQUIATRÍA	
SERVICIOS DE HOSPITAL GENERAL Servicio de Urgencias Servicio de Interconsulta Psiquiátrica Servicios Médico/Quirúrgicos de Geriatría Servicio de Psiquiatría	
Hospital Geriátrico	
Hospital Psiquiátrico	

La red sanitaria se realiza en tres niveles de una forma general y sin coordinación. Estos son:

- a) Atención Primaria con programas específicos poco desarrollados y con poca continuidad.
- b) Atención Secundaria a través de centros de salud mental que son de escasa utilización por los mayores y además necesitan un carácter multidisciplinario de los equipos (psiquiatras, geriatras, psicólogos, médicos de familia, enfermería, etc.).

- c) Atención terciaria que debe ser a nivel hospitalario que todavía se encuentra en formación, desde hace diez años, de cuatro áreas de formación especial.

La red de Servicios Sociales ha desarrollado distintos dispositivos en la asistencia geriátrica como: el servicio de atención domiciliaria, telealarma, teleasistencia, hogares, clubs de pensionistas, estancias diurnas, centros de día, estancias temporales en residencias, pisos tutelados y los servicios sociales institucionalizados (RESIDENCIAS).

Estos se definen como "centros de residencia y atención integral de personas mayores que por sus carencias sociofamiliares y funcionales no pueden ser atendidas en sus propios domicilios o por los servicios comunitarios (INSERSO, 1995).

Para concluir este capítulo exponemos el cuadro de la tabla nº 5, en el que se puede comprobar que estamos lejos del ratio del 5%, que recomendaba el Plan Gerontológico Nacional de 1993, y en plan positivo la tendencia importante a aumentar las de asistidos y disminuir las plazas sin definir, según la tabla nº6.

**TIPOLOGÍA DE LA OFERTA DE PLAZAS RESIDENCIALES SEGÚN NIVELES DE DEPENDENCIA DE RESIDENTES EN PORCENTAJE (1988-1994)**  
**TABLA Nº 6**

<b>TIPOLOGÍA</b>	<b>AÑO 1988</b>	<b>AÑO 1994</b>
PARA VÁLIDOS	28,30	43,25
PARA ASISTIDOS	5,1	29,52
PLAZAS SIN DEFINIR	66,60	27,23
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Guía-Directorio de Centros para Personas Mayores, INSERSO 1995

### **3.- SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS PARA EL MAYOR**

Según el informe 2000 del INSERSO tenemos que constatar que pese al gran avance experimentado en los veinte últimos años, no existe un nivel suficiente ni homogéneo de cobertura de Servicios Sociales públicos en España. Las diferentes Administraciones responsables adoptan iniciativas de alcance y características diferentes, no siempre bien coordinadas.

La realidad hoy es que nos encontramos con unos Servicios Sociales públicos para las personas mayores que, según el lugar de residencia, pueden o no estar disponibles y, de estarlo, tener un alcance y una forma de acceso diferentes. Vamos a describir a continuación algunos de los Servicios Sociales más relevantes para los mayores.

#### **3.1.- AYUDA A DOMICILIO**

Abundando en lo que se acaba de decir, el ciudadano español puede acceder a Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), la amplitud de las disponibilidades presupuestarias con que se cuente para financiarlo puede determinar las condiciones de acceso al mismo, su intensidad y su calidad. Así, en muchas ocasiones, el servicio se circunscribe a la mera realización de tareas domésticas durante un número muy limitado de horas a la semana, con una supervisión técnica de corto alcance; en el otro extremo, el servicio incluye toda la ayuda precisa por el usuario, correctamente supervisada.

##### ***3.1.1.- Servicio teleasistencia***

Los beneficiarios del Servicio de Teleasistencia suelen serlo también del SAD. Según el IMSERSO, en 2000 había 73.500 usuarios de teleasistencia, alrededor de 1,2% del total de mayores de 65 años. El Plan Gerontológico estableció una ratio del 12,50% de las personas mayores que viviesen solas, alrededor de un millón, con lo que también estamos lejos de lo inicialmente planificado.

Debemos mencionar la existencia de otros servicios públicos complementarios, como los de comidas o de lavandería a domicilio o el de adaptación arquitectónica de viviendas de personas con discapacidad.



### **3.2.- ATENCIÓN DE DÍA**

La atención de día se presta a través de los denominados Centros de día. Se dirige a personas mayores que sufren de una cierta pérdida funcional con el fin, de ser ello posible, de recuperar algo de la misma, de mantener lo que queda o, al menos, de enlentecer su pérdida. Paralelamente, se persigue dar un respiro a los familiares que cuidan a la persona mayor. Según el IMSERSO, en 2000 se contabilizaban 9.000 plazas públicas diurnas, propias o concertadas, lo que da un ratio del 0,13% sobre el total de mayores.

### **3.3.- ESTANCIAS TEMPORALES**

Con fines similares, actúa el programa de Estancias Temporales que, a diferencia del anterior, dispensa asistencia en régimen residencial durante periodos cortos pero continuados de tiempo. Según el Informe 2000, había 155 centros, normalmente residencias, que ofertaban 1.683 plazas públicas, propias o concertadas, en enero de 1999, lo que da una ratio de 0,05% sobre el total de personas mayores.

### **3.4.- LAS RESIDENCIAS**

En su origen, construidas para un usuario independiente para la realización de las **AVD (Actividades de la Vida Diaria)**, se distinguió posteriormente entre válidos y asistidos, mientras que hoy parece, afortunadamente, superada esta dicotomía, y las residencias, cada vez más, se diseñan para ser utilizadas por usuarios dependientes para las AVD. Las características de las actuales plazas residenciales públicas españolas (ya correspondientes a residencias públicas, ya a residencias privadas pero que reciben dinero público por atender a usuarios enviados por la Administración pública) varían en cuanto a tamaño, concepto, servicios que dispensan, plantilla, contribuciones económicas exigidas a sus usuarios, etc. Una vez más, las Administraciones competentes (de las comunidades autónomas principalmente), son las que fijan el procedimiento a seguir para la concesión de una plaza residencial (el acceso se suele permitir a partir de los 60 años), establecen la contribución económica de los usuarios, gestionan sus residencias propias y, en su caso, establecen los mecanismos para ocupar plazas en residencias privadas.

Si consideramos el total de plazas residenciales para personas mayores disponible en 2000, 231.398 según el IMSERSO, alcanzamos el aceptable ratio del 3,17% sobre el total de aquellas personas, ratio que

sobrepasa el 3% previsto en el Plan Gerontológico; pero si consideramos únicamente las que eran de titularidad pública, en enero de 1999, según el Informe 2000, nos quedamos en 78.141, que permitían el acceso sólo al 1,26% de los mayores de entonces.

### **3.5.- OTRAS ALTERNATIVAS**

Pese a su carácter institucionalizador, que comparten con las residencias, existen otras variedades de alojamientos más próximas a la forma de vida en el hogar; normalmente, se trata de pequeños centros situados en o cerca de la comunidad original de unos usuarios que pueden presentar diferentes grados de dependencia para la realización de las AVD. Aquí encajan los Apartamentos para mayores, las viviendas tuteladas, las Minirresidencias y las más novedosas Unidades de convivencia para personas mayores dependientes. La gestión de estos servicios por las Administraciones competentes es similar a la vista para la Atención residencial. El Informe 2000 nos habla, en enero de 1999, de 464 viviendas tuteladas para mayores, con un total de 3.052 plazas disponibles, lo que da un ratio de 0,05% sobre el total de mayores de 65 años.

#### ***3.5.1.- Otros servicios***

Dependiendo del lugar de residencia, existe en España una amplia gama de beneficios para las personas mayores, que pueden acceder, en condiciones ventajosas, incluso de gratuidad, a servicios culturales, de transporte público, etc. También existen otros servicios para aquellas, como las Universidades para mayores y otras iniciativas formativas y culturales; los hogares y clubes, y los programas de Vacaciones y Termalismo social. Por el extendido alcance de estos últimos (hogares y clubes, universidades para mayores y vacaciones y termalismo) se va a tratar de ellos.

#### ***3.5.2.- Hogares y clubes***

Están presentes en prácticamente toda la geografía española, dependiendo la mayoría de alguna Administración, normalmente local, aunque también los hay dependientes de entidades privadas. El IMSERSO contabilizaba en 2001 3.045 de estos centros, en los que se registraban 2.516.844 usuarios. Normalmente, el acceso es libre, previa inscripción como socio, a partir de una determinada condición o edad (normalmente 60 años). Promueven la integración social de los mayores en su comunidad, creando un espacio para su convivencia y la realización de actividades como las que se contiene en la siguiente figura:

## **RELACIÓN DE SERVICIOS DE LOS QUE PUEDEN DISPONER HOGARES Y CLUBES**

### **SERVICIOS**

---

Información y asesoría por profesionales.

Biblioteca

Bar/Restaurante.

Peluquería y podología.

Actividades recreativa.

Otras actividades.

Servicios (SAD, comidas/lavandería a domicilio, Atención de día)

---

#### ***3.5.2.0.- Universidades para mayores***

Dentro del amplio capítulo de servicios que pueden disponer la gente mayor, uno que consideramos básico es el de la Universidad para Mayores, así como la formación a lo largo de toda la vida.

La Universidad para mayores, podemos considerar que ha sido un éxito en todos los lugares donde se ha implantado. Básicamente, se trata de llevar a las aulas a los mayores de 55 años que por motivos distintos: no haber podido asistir en su juventud, querer estar activo física y mentalmente, querer ampliar sus conocimientos, y de alguna manera aumentar su calidad de vida intelectual, con lo que a través de la Universidad pueden alcanzar aquellos objetivos culturales que por los motivos antedichos no pudieron llevar a efecto.

En cada Universidad, el sistema es distinto, en unas los mayores de 55 años se integran en las clases de las distintas carreras que imparten la Universidad, como "oyentes", y en otras tienen titulaciones o cursos específicos para mayores.

En la UJI, de Castellón, se ha optado por el llamado Titulado Universitario Senior, que consiste en un graduado en Ciencias Humanas y Sociales, cuyo título no da ninguna competencia profesional, pero sí se les da una competencia de comportamiento humano y social, respecto de su entorno, independientemente, de que amplían sus conocimientos en cuanto a historia, filosofía, psicología, derecho, economía, arte, música, literatura, etc.

Se puede considerar que dicha Universidad para Mayores de la UJI, ha sido un éxito porque ha supuesto que las personas que cursaron la primera promoción y las sucesivas no se quieren marchar de la

Universidad, lo cual ha suscitado el que se creen cursos de postgraduados y asignaturas optativas, como son el inglés, el valenciano, informática, salud para mayores, etc. Teniendo también que hacer notar que este curso 2002-2003 se ha visto la UJI con la necesidad de organizar dos cursos de primero, por la ingente cantidad de mayores que deseaban realizar los estudios mencionados.

### ***3.5.3.- Vacaciones y termalismo***

Estos programas, iniciados y generalizados para el conjunto del Estado por el IMSERSO, son ofertados ya por otras Administraciones. Dirigidos a personas mayores que puedan valerse por sí mismas, están apareciendo iniciativas precursoras de turismo social para personas mayores dependientes y sus cuidadores informales. Tienen una gran acogida entre las personas mayores, por cuanto les permiten gozar de unos servicios que, a precio de mercado, se suelen situar fuera de su alcance. Estos servicios contribuyen a la actividad e integración social de los mayores, incluso a su rehabilitación en el caso del Termalismo, al tiempo que coadyuvan a dar dinamismo fuera de temporada al sector turístico español, con los consiguientes efectos beneficiosos para el empleo.

Las cifras de estos programas son espectaculares: sólo el IMSERSO ofertó 85.000 plazas de Termalismo en 2001, y 400.000 de Vacaciones en la temporada 2001-2002. El Programa de Vacaciones del IMSERSO se puede disfrutar, en determinadas condiciones, siendo pensionista del Sistema Público de Pensiones, estando establecida en 65 años la edad ordinaria de acceso; para el de Termalismo, se exige un dictamen médico que lo prescriba.

### **3.6.- MIRANDO AL FUTURO**

La mayor parte del apoyo que reciben las personas mayores dependientes es informal, es decir, prestado por la familia, sobre todo, por las mujeres, en una labor tan meritoria como sorda y callada, a la que faltan apoyos de las Administraciones, e incluso el conocimiento y reconocimiento de éstas y de la propia sociedad (IMSERSO/CIS 1995). Hemos visto las bajas cifras de cobertura de servicios básicos como el SAD, la Atención diurna, las Estancias Temporales, o los alojamientos alternativos al propio domicilio. Pero, además, están cambiando las bases sociales de la estructura informal de cuidados a la dependencia, ya que:

- Crece la esperanza de vida y, así, el número de mayores y muy mayores.

- Se incrementan las separaciones, divorcios y nuevos matrimonios.
- Se extiende la movilidad geográfica de los miembros de las familias.
- Aumenta la incorporación de la mujer al trabajo, cambiando poco a poco su rol social.

Se prevé en consecuencia un incremento de la demanda de asistencia familiar, y una disminución de la capacidad de respuesta asistencial de la familia, al menos bajo sus parámetros tradicionales. A ello, debemos añadir la necesidad de que a las personas dependientes les atiendan profesionales con la debida formación gerontológica y geriátrica.

### ***3.6.1.- Los mayores del mañana tendrán diferentes características demográficas, sociales y económicas***

La familia española, tradicional prestadora de atenciones a los mayores dependientes, ya no podrá realizar el mismo papel en el futuro inmediato.

Tomado como referencia el progresivo avance de la protección social pública a lo largo de todo el siglo XX, sería un grave error cejar en el esfuerzo histórico de adaptar esa protección a las realidades de la sociedad española. Así, entre otras iniciativas, se deberá incluir en esa protección la atención de las personas dependientes, que no podrá seguir siendo asumida, casi en exclusiva y por mucho más tiempo, por el apoyo informal.

Crecerá notablemente el número de mujeres con derecho a una pensión contributiva, lo que ayudará a reducir las desigualdades de género en la cobertura del sistema de pensiones.

El sistema español de pensiones presenta, en el año 2000, una ratio de 2,22 cotizantes por cada pensión. La mejora de las condiciones del mercado de trabajo ha permitido una mejora importante con respecto a los niveles alcanzados a mediados de la década de los noventa (1,98 cotizantes por cada pensión) y es presumible que la ratio seguirá mejorando merced al impulso de la actividad laboral y, simultáneamente, a la incorporación a la jubilación de generaciones poco numerosas. Además, nuestro país cuenta desde hace unos años con un fondo de reserva que, aunque todavía modesto, seguirá siendo alimentado en los próximos años, y con un mecanismo de vigilancia permanente bajo la forma de un pacto en el que están implicados todos los agentes sociales (Pacto de Toledo).

El bienestar económico de los mayores seguirá mejorando a medida que lleguen a la vejez generaciones más equipadas, tanto en sus derechos con respecto al sistema de pensiones, como en otras formas de previsión y activos financieros. En la medida en que estas fuentes de ingresos reduzcan la dependencia de los mayores con respecto al sistema de pensiones, es previsible que aumenten las desigualdades económicas entre los mayores.

El proceso de adelanto de la edad de jubilación está retrocediendo en los últimos años como consecuencia de la mejora de la coyuntura del mercado de trabajo. Esta inversión de tendencia, en la medida en que se consolide en el futuro, supone la activación de una importante reserva de la población activa, lo cual redundará en un alivio de las finanzas del sistema de pensiones. No obstante, el volumen de la población en edad de trabajar empezará a descender en España entre los años 2015 y 2020.

Los mayores mantendrán cada vez más su autonomía residencial, seguirán viviendo en su casa en compañía del cónyuge. También aumentará, aunque quizá más lentamente que en otros países, la proporción de mayores que viven solos.

La imagen social de los mayores mejorará lentamente en el futuro: en la medida en que el envejecimiento deje de ser una novedad histórica en nuestro país; que la presencia de los mayores, activos y capaces, sea más evidente en distintos ámbitos sociales y que se reduzcan las distancias en cuanto al nivel de instrucción y a la situación económica de los mayores con respecto al resto de la sociedad.

La solvencia política de los mayores, en términos de participación electoral y fidelidad del voto, va a implicar un mayor interés general por todos los asuntos relacionados con la vejez. Aumentará el interés por los temas éticos referentes al tratamiento de las enfermedades crónicas, los nuevos fármacos, la aplicación de la última tecnología y la extensión de la vida de los mayores y en qué condiciones.

El proceso imparable de envejecimiento, una mayor longevidad y una mejor formación cultural y profesional de los nuevos jubilados darán más sentido la concepto y práctica del envejecimiento activo.

## 4.- LA RESIDENCIA PARA MAYORES

### 4.1.- INTRODUCCIÓN: PLAZAS RESIDENCIALES

Según aparece en la página WEB, TODOANCIANOS.COM, a fecha 2 de febrero del 2002, hay escasez de plazas residenciales en nuestro país, sigue sin alcanzarse el objetivo de cinco plazas cada cien mayores de 65 años, hay escasa oferta pública (30%) y concertadas (15%).

Tanto los mayores como sus familias, están empezando a aceptar con normalidad la estancia en una residencia.

Hay una lista de espera por la escasez de plazas en residencias entre 60 y 80.000 mayores según el grupo Júbilo.

Se detectan argucias familiares (venden los bienes del mayor antes de ingresarlo en una residencia).

Asimismo, los precios dependen de muchos factores: la titularidad de la residencia (privada, concertada o pública); las características del anciano y la atención que requiera (válido o asistido); la calidad de la habitación, y (solo en públicas y concertadas) también la capacidad económica del residente.

Los precios oscilan entre los 800 y 1.200 euros mensuales en las privadas.

Como actualidad, en el ANEXO 1 de este trabajo, transcribimos los PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD, así como LA DECLARACIÓN INTERNACIONAL DE LA VEJEZ SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD. Aparecido en Internet.

## 4.2.- LA RESIDENCIA PARA MAYORES

Antes de entrar en el modelo técnico arquitectónico y social de la residencia, deberemos saber la tipología del usuario, así como los servicios que definen una residencia moderna, para con ello, desarrollar el programa de necesidades para plasmarlo en un proyecto.

### **Tipología del Usuario**

Vistas las necesidades globales de los servicios sociosanitarios a la que se va a enfrentar la sociedad española, cabe definir las distintas tipologías y las distintas necesidades de los usuarios.

¿Cuáles son estas Tipologías? La tipología varía según varios parámetros tales como:

- La edad (no es lo mismo la población 65-75, que la de 75-80 ni la de 80-85 ni la de 85-90 años).
- La compañía (no es lo mismo vivir con tu pareja, que vivir con tus hijos, que vivir solo).
- La permanencia o no de sus capacidades tanto para las AVD, como sus capacidades físicas así como psíquicas.

En función de estos tres parámetros vamos a clasificar esta tipología en:

1. Pareja válida para todas las AVD
2. Pareja con algún tipo de necesidad de apoyo para la organización (manutención, lavado de ropa, limpieza de hogar)
3. Persona válida para todas las AVD con necesidad de apoyo social
4. Persona con necesidades de apoyo para la organización y socialización.
5. Personas con necesidades de atención personalizada y cuidados (ayuda para desplazamientos, limpieza, lavado de ropa, manutención, control farmacológico)
6. Personas con necesidades de atención personalizada y cuidados por incapacidad física con necesidad de rehabilitación.
7. Personas con necesidades de atención personalizada y cuidados por incapacidad psíquica.

FUENTE: COPAYMOR.COM



### **SERVICIOS BASE PARA UNA RESIDENCIA**

En la actualidad existen residencias de titularidad pública, privada y concertada.

En una residencia moderna se deberían definir ocho servicios:

- Residencia de asistidos
- Residencia de válidos
- Servicios de estancias diurnas
- Unidad de hospitalización
- Unidad de cuidados especiales o unidad de crónicos
- Plazas de ingresos residenciales temporales
- Centro de día
- Servicio de Ayuda a Domicilio

FUENTE: ONDASALUD.COM

#### ***4.2.1.- Adaptación arquitectónica a ellas***

Con arreglo a lo anterior, dividimos los requerimientos arquitectónicos en las tres zonas siguientes.

1. Apartamentos independientes.- Se trata de una zona residencial, compuesta de apartamentos independientes. Estos apartamentos cuentan con zona ajardinada y patio, diseñados con el máximo de seguridad y sin barreras arquitectónicas, encontrándose localizados en un entorno de zonas ajardinadas y comunes: comercios, salones, comedores, etc. Esta estructura asistencial es indicada para el grupo de personas con tipología de usuario 1 y 2.
2. Apartamentos vigilados.- Esta área estará compuesta de dos Módulos de apartamentos distribuidos de la siguiente manera:
  - Planta baja con una superficie de 2.000 m<sup>2</sup> destinada a: comedor, salones de juegos y sociales, zona para seminarios y terapia ocupacional, peluquería y gimnasio.

- Cuatro plantas con apartamentos reducidos, compuestos de: Salón con cocina incorporada, habitación con baño adaptado sin barreras arquitectónicas y Teleasistencia.
  - La urbanización colindante constará de un área de recreo, con piscina adaptada, Club de Petanca, Pistas multiuso, minigolf y zonas de paseo interior para ejercicios físicos. Esta estructura está indicada para los grupos de personas con tipología 3, 4 y 5.
3. Área asistencial sociosanitaria: La siguiente estructura es la indicada para los grupos de personas para tipología 6 y 7 y estará distribuida de la siguiente forma.
- Planta destinada a zona de entradas y salidas de urgencias y proveedores, zonas de servicios: lavandería, cocina, almacén, capilla, y centro de formación.
  - Planta donde se ubicará: zona de consultas y rehabilitación, dos hospitales de día con dos características diferentes según atiendan a pacientes con deterioro físico con capacidad para 20 plazas o a pacientes con deterioro psíquico (síndromes demenciales) con capacidad para 30 plazas distribuido en tres submódulos, según el estadio de la enfermedad demencial. Servicio Central de Teleasistencia, tanto para ocupantes del Complejo como para los adheridos por el contrato de asistencia domiciliaria que igualmente se podrá contratar.
  - Dos plantas que acogerán en régimen asistencial sociosanitario a dos tipologías distintas, enfermos con deterioro físico una y otra para enfermos con deterioro psíquico, con una unidad específica para enfermos con difícil diagnóstico psíquico.

#### **4.2.2.- OTROS DETALLES ARQUITECTÓNICOS Y BÁSICOS**

Independientemente de los detalles generales de distribución y configuración arquitectónica debemos tener en cuenta detalles básicos que sirven para que las personas mayores se puedan adaptar a la edificación sin barreras que obstaculicen su normal desenvolvimiento, a saber:

Sensores en puntos estratégicos para avisar

Lavabos con palanca

Enchufes eléctricos a media altura con adaptadores

Teléfonos con números grandes y luz roja de aviso de llamada

Alfombras antideslizantes  
Detectores de humos  
Manipulación sencilla y automática (persianas, cocina, calefacción, etc...)  
Asideros en ducha, inodoro y lugares de paso  
Timbres de alarma en lugares clave  
Seguro asistencial

### **4.3.- MODELOS ACTUALES**

Existen infinidad de residencias por su tipología y funcionamiento, las hay que son verdaderos hospitales de mayores con problemas físicos y psíquicos, otros que son cama, comida y televisión. Algunas no tienen ningún profesional de medicina, otras son muy caras, otras carecen de cualquier aliciente, etc.

#### ***4.3.1.- Residencia tipo Vinaroz***

Son aquellas que inicialmente acogen personas mayores de 65 años con AVD, pero que una vez en la residencia si pasan a otros estadios de deterioro físico o psíquico son atendidas hasta el final. Normalmente están regentadas por mojas y personal auxiliar externo. No disponen de material, ni medios, ni espacios y a veces ni de profesionales para estadios enumerados como el 6 ó el 7.

#### ***4.3.2.- Complejos residenciales-Villa Patricia (Benidorm)***

Es una residencia compuesta por apartamentos con zonas comunes ajardinadas y con piscinas y juegos para mayores, con una gestión privada comunitaria, en la que se ofrecen todo tipo de servicios y de un hotel y específicos para gente mayor (comedor, biblioteca, cine, sala de TV, salidas de estar, servicio médico las 24 horas con un pequeño ambulatorio, tiendas, kiosko, etc.), pero que para los demás servicios sanitarios deben asistir a un hospital.

Para poder ser residente, tienes que comprar un apartamento en régimen vitalicio, de manera que cuando fallecen los dos cónyuges, amigos, compañeros o parejas de hecho, la propiedad vuelve a la Residencia. Con ello se evita que en el plazo mensual se carguen los gastos de amortización de los edificios, quedando tan solo los gastos comunitarios y aquellos que se utilicen. Ha tenido éxito entre los extranjeros (nórdicos) por el clima y la calidad de vida.

### **4.3.3.- Sun City**

En EEUU, hay un modelo, que se supone que en España no tendría éxito, pero que no hay que dejar de lado. Han surgido las ciudades llamadas SUN CITY (Ciudad del Sol) en zonas con clima benigno (Florida, Nevada, Illinois, Texas y California) en las que chaletito a chaletito se han formado varias poblaciones con el fin de dar a los mayores un lugar donde tener su último descanso, donde morir en su propia cama. En definitiva, un gueto u obra social para una generación cansada del trabajo, de los problemas y de la vida.

La única condición para vivir en dichas ciudades es tener más de 55 años. La ciudad está preparada para que sus habitantes trabajen para su comunidad. Son voluntarios para limpiar las calles, mantener las zonas comunitarias, etc. En definitiva una ciudad en un mundo artificial, aspecto éste en que los norteamericanos son maestros creadores.

## **5.- NUEVOS CONCEPTOS**

A la vista de todo lo investigado hasta hoy y proyectando los análisis y la dirección que toman las previsiones, podemos llegar a un nuevo concepto de residencia que – si es posible- aúne todos los esfuerzos, lime todas las asperezas y confluyamos en un nuevo concepto que resuma lo que desconocíamos. Por ello nos atrevemos a proyectar una residencia ideal y a la vez real y socialmente y económicamente aceptable.

### **5.1.- MODELO DE RESIDENCIA MODERNA**

Aunque los gerontólogos dicen que no es apropiado sacar a las personas mayores de su entorno porque se desubican, vamos a tratar, causando el menor daño posible, no desubicar a nadie. Pero tendremos en cuenta que en el caso de que esta residencia la ubicásemos en Castellón (capital), aparte de que solares en el caso urbano van a ser imposibles de adquirir, y además con las superficies que nosotros creemos mínimas (30.000 m<sup>2</sup>). Pero creo que todos estaremos de acuerdo que en el área de la Plana (Benicassim-Nules y Mar-Onda, Alcora), cualquier habitante de la misma, puede sentirse en su casa, siempre que esté bien comunicado por un transporte público.

Sentada esta premisa vamos a desarrollar “nuestra” residencia, a la que denominaremos JAUME I, como esta Universidad que nos acoge.

Pues bien, en este solar, que lo ubicaremos entre el FFCC y el mar, distinguiremos tres áreas residenciales, dos de apartamentos con zonas comunitarias y de servicio y otra área asistencial sociosanitaria con centro de día, residenciales temporales y servicio de ayuda a domicilio (SAD).

Los apartamentos independientes y vigilados estarían en dos áreas, aunque con bastante proximidad y compartirían zonas comunitarias de servicios y de espacios libres.

Área residencial 1:

Está compuesta por apartamentos independientes, que estarían distribuidos por salón con cocina incorporada, habitación doble, habitación simple, baño general y terraza o jardín (en planta baja) 60 m<sup>2</sup> (Usuario de nivel 1-2).

Área residencial 2:

Está compuesta por apartamentos vigilados, que estarían distribuidos por Habitación doble con baño, salón con cocina incorporada y teleasistencia (Usuarios de niveles 3, 4 y 5).

Área asistencial sociosanitaria:

Las habitaciones o dormitorios (Usuario de nivel 6-7) serían individuales con baño.

Tanto los apartamentos independientes, como los vigilados y las habitaciones, dispondrán de todo lo reseñado en el apartado 5.1.1 y 5.1.2, en cuanto a adaptaciones.

Las zonas comunes de los apartamentos independientes y vigilados( área residencial 1 y 2), dispondrían de un espacio de 12.550 m<sup>2</sup> para zonas ajardinadas y comunes, comercios, salones, comedores, salones de juego y sociales, zona para seminarios y terapia ocupacional, peluquerías y gimnasios, así como piscina adaptada, petanca, pista multiuso, minigolf y zona de paseo.

Para los niveles de usuario 6-7, en la planta semisótano se prevén zonas de consulta y rehabilitación, dos hospitales de día, servicio central de teleasistencia. Zona de entradas y salidas, urgencia y proveedores, zonas de servicios: lavandería, cocina, almacén, capilla y centros de formación.

En el área sociosanitaria se proyectan todos los servicios de centro de día, servicio de ayuda de domicilio y residencia temporal.

Para que la residencia fuese rentable económica y socialmente, consideramos que se tendrían que construir 144 apartamentos

independientes, y 72 vigilados. Habitaciones para personas usuarias de nivel 6, 50 unidades y para usuarias de nivel 7, 100 unidades.

Además habría que prever 10 habitaciones para residencia temporal.

Los apartamentos y las habitaciones se comprarían, y se podrían vender – eso sí, al precio inicial más el IPC – con lo que se evitarían especulaciones y al mismo tiempo los hijos o familiares podrían heredarlos (con lo cual no habría retenciones), siendo también lo justo, porque el costo de la implantación de los servicios comunes sanitarios y sociales recaerían sobre los primeros compradores, pero lo recuperarían sus herederos o ellos mismos si decidieran venderlos.

Las áreas 1ª y 2ª dispondrían de 18.000 m<sup>2</sup> de solar con una ocupación en planta de los edificios de 3.450 m<sup>2</sup> que representa el 19% del suelo, más los servicios comunes con una superficie de 4.000 m<sup>2</sup> entre semisótano y planta baja, con una ocupación de 2.000 m<sup>2</sup> del solar (16,5%) con lo que tendríamos 12.550 m<sup>2</sup> para zonas ajardinadas y de esparcimiento.

En el área asistencial sociosanitaria, reservaremos 12.000 m<sup>2</sup> de solar y ocuparíamos 3.000 m<sup>2</sup> para el edificio que se compondría de sótano, planta baja, y plantas altas, en donde ubicaríamos las 150 plazas en habitaciones individuales, así como el área de temporales, centro de día y asistencia domiciliaria. El resto de lo 9.000 m<sup>2</sup> serían zonas ajardinadas, conectadas con los servicios del área para temporales y centro de día y acotadas para los del nivel de usuario 6 y 7.

Con estas bases: solar asequible + apartamentos independientes y vigilados, habitaciones y servicios, y con el sistema económico a implantar y que merece otro estudio en profundidad creemos que se podría conseguir una excelente calidad de vida a un precio asequible tanto de compra como de mantenimiento.

## 6.- CONCLUSIÓN

Vistos los estudio realizados por expertos, por organismos oficiales, los informes y declaraciones provinciales, nacionales e internacionales, podemos llegar a la esperanza que aunando todas las ideas, leídas y plasmadas en este trabajo, y las que nos han surgido durante la elaboración del mismo, podemos concluir diciendo que existe alternativa asequible para poder darles a nuestros mayores una calidad excepcional de vida, para que se sientan útiles, puedan combinar ocio y descanso, con algunas horas de trabajo (comunitarios, estudios, etc.), no se depriman y tengan amor por la vida que les dará todo hasta el final.

El complejo residencial asistencial y socio-sanitario descrito, nos permite que el desarrollo integral de las personas mayores se maximice de forma que complementándolo con servicios exteriores (universidad para mayores, talleres ocupacionales, viajes, etc...) se pueda conseguir que accedan a una **formación continua**, a un aprender diario y al mantenimiento de su forma física. También a que puedan sentirse útiles, que puedan realizar servicios para la comunidad y para la familia. En definitiva a vivir una etapa en que todos los días tengan un nuevo proyecto que acometer. Entre los medios arquitectónicos y técnicos puestos a su disposición, más los medios humanos con personal preparado (médicos, psicólogos, profesores de educación física, universidad, enfermeras, administraciones públicas, etc...), se puede conseguir uno de los retos mas importantes del siglo XXI que consiste en cambiar la idea que la jubilación = inutilidad, por jubilación = utilidad.

Sin olvidar, en ningún momento, que en su lucidez necesitan más el cariño de los suyos que los servicios, el confort y su realización.

## BIBLIOGRAFÍA

- SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL ANCIANO QUE VIVE EN RESIDENCIAS (Jesús Ángel Monforte Porto, Manuel Ángel Franco Martín, Valentín José María Conde López). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
  - Abellán, A.; Fernández, G; Rodríguez V. y cols. La valoración del estado de salud: morbilidad y autopercepción. Rev.Esp.Geriatr.Gerontol. 1992;27 (6): 389-394
  - AFRICA VENTURA. CASTELLÓN 2002
  - Baldwin, R.C.; Jolley, D.J. The prognosis of depression in old age. Br.J. Psychiatry. 1968; 149: 574-583.
  - Barrientos G.; Gurria, J.L.; Pérez, A. El envejecimiento de la población extremeña. Aproximación metodológica. En: II Jornadas sobre población española. Universitat de les Illes Balears. Ciutat de Palma, 1989, 89-108.
  - Cacabelos, R. Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología y aspectos sociosanitarios. En: Cacabelos, R (el). Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica. J.R. Proas Editores. Barcelona, 1991: 1-33.
  - Cai, Z; Sigwalt, P. Le défi démographique chinois. Bulletin de l'Association de Géographes Française. 1993 ; 2 :150-165.
  - COPAYMOR.COM
  - EUROESTAT
  - Eurostat, 1995
  - GEMATMCA.COM
  - Hernández-Sánchez, A. Hipótesis y la Problemática Socio-Demográfica en el primer cuarto del siglo XXI en la Comunidad Castellano-Leonesa y en la Unión Europea. En: Hernández-Sánchez, A. (ed.). La Estructura Socioeconómica de Castilla y León en la Unión Europea. Universidad de Valladolid. Junta de Castilla y León, Consejería de Economía y Hacienda. Valladolid, 1997; 11-47.
  - IMSERSO, 1995
  - IMSERSO, Madrid 2001.
  - INFORME 2000. IMSERSO. Madrid
  - INSALUD, 1989
  - MAGAZINE EL MUNDO. SEPTIEMBRE 2001



- Martín Carrasco, M. ¿Qué papel juegan las instituciones asistenciales en la depresión del anciano? En: Calcedo-Barba, A. (ed). La depresión del anciano. Doce cuestiones fundamentales. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid, 1996; 203-224
- NACIONES UNIDAS: Anuario demográfico, 1993
- Olivera, A. Geografía de la salud. Síntesis. Madrid, 1993.
- Olshansky, S.J. Carnes, Ba.A., Cassel, C.K. The aging of the human species. Sci. Am. 1993; 268: 14-18
- ONDASALUD.COM
- Picheral, H. Géographie de la transition épidémiologique. Annales de Géographie. 1989; XCVIII (546): 129-151.
- Plan Gerontológico, 1993
- SENDA SENTOR. DICIEMBRE 2001
- Serra, 1996: Libro blanco de la tercera edad
- VEJEZ.htm
- WWW INFORESIDENCIAS.COM

# **ANEXO 1**

## **PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD**

---

### **Antecedentes**

Aunque el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 significó un gran acontecimiento, éste no representó el sentimiento vivo en los corazones y mentes de la mayoría de las personas mayores, ni llegó tampoco al público en general. Aún mas, mientras que las Naciones Unidas a través de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, ninguna de éstas hablaba de la situación de las personas mayores. Entonces, la Federación Internacional de la Vejez (FIV), una entidad privada sin fines lucrativos, decidió redactar una *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* que pudiese llenar tan importante vacío. La Declaración se elaboró con la cooperación de varias organizaciones que representan o trabajan a favor de las personas mayores alrededor del mundo. Los *Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*, se basen en su mayor parte en la Declaración de la FIV.

---

## **PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD**

(adoptó el 16 de diciembre de 1991 - Resolución 46/91)

*Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida*

*La Asamblea General,*

*Reconociendo* las aportaciones que las personas de edad hacen a sus respectivas sociedades,

*Reconociendo* que en la Carta de las Naciones Unidas los pueblos de las Naciones Unidas expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

*Tomando nota* de que esos derechos se enuncian en detalle en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional

*En cumplimiento* del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y hecho suyo por la Asamblea General en su resolución 37/51, de 3 de diciembre de 1982,

*Reconociendo* la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual requiere respuestas políticas asimismo diversas,

*Consciente* de que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora,

*Consciente* de que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de muchos estereotipos sobre la inevitable e irreversible decadencia que la edad entraña,

*Convencida* de que en un mundo que se caracteriza por un número y un porcentaje cada vez mayores de personas de edad es menester proporcionar a las personas de edad que deseen y puedan hacerlo posibilidades de aportar su participación y su contribución a las actividades que despliega la sociedad,

*Consciente* de que las presiones que pesan sobre la vida familiar, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hacen necesario prestar apoyo a quienes se ocupan de atender a las personas de edad que requieren cuidados,

*Teniendo presentes* las normas que ya se han fijado en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, de la Organización Mundial de la Salud y de otras otras entidades de las Naciones Unidas,

*Alienta* a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:

*Independencia*

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.

3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

#### *Participación*

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

#### *Cuidados*

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen

protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

#### *Autorrealización*

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

#### *Dignidad*

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

## **DECLARACIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA VEJEZ SOBRE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD**

### **Preámbulo**

*La Federación Internacional de la Vejez,*

**Apreciando** la enorme diversidad de situaciones de las personas de edad, no sólo entre los países sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual necesita respuestas políticas asimismo diversas,

**Teniendo** en cuenta que en todas las naciones ha aumentado en forma sin precedentes el número de individuos que viven hasta edades avanzadas con más salud, y persuadida por las investigaciones científicas que refutan muchos estereotipos acerca de la declinación inevitable e irreversible que ocurre con la edad,

**Convencida** de que un mundo que se caracteriza por el aumento del número y la proporción de personas de edad debe brindar oportunidades para que las personas de edad participen normalmente en las actividades de la sociedad y contribuyan a ellas, siempre que estén dispuestas y sean capaces de hacerlo,

**Consciente** de que las tensiones de la vida familiar, tanto en las naciones desarrolladas como en las naciones en desarrollo, hacen necesario que se preste apoyo a las personas que se encargan de cuidar a las personas de edad con salud precaria,

**Destacando** que los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidos de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez pueda traer consigo, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten,

**Teniendo** presentes las normas ya establecidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como en otras declaraciones aprobadas con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados,

**Proclama** ahora los siguientes derechos de las personas de edad que se les debe garantizar con medidas nacionales e internacionales apropiadas de manera que gocen de protección y puedan seguir aportando su

contribución a la sociedad, así como las responsabilidades reconocidas por ellas:

## **LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD**

### **Independencia**

*Las personas de edad avanzada tienen derecho:*

1. a vivienda, alimentos, agua, ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y la autoayuda.
2. a trabajar y a hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.
3. a jubilarse y a participar en la determinación del momento y la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo.
4. a tener acceso a los programas educativos y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación y adopción de decisiones con conocimientos de causa.
5. a vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades cambiantes.
6. a residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.

### **Participación**

*Las personas de edad avanzada tienen derecho:*

7. a seguir integradas a la sociedad y a participar activamente en ella, incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afecten directamente a su bienestar.
8. a compartir sus conocimientos, sus capacidades, sus valores y su experiencia con las generaciones más jóvenes.
9. a tratar de encontrar y desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de servir como voluntarias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.
10. a crear movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

### **Cuidados**

*Las personas de edad avanzada tienen derecho:*



11. a recibir apoyo y cuidados de la familia, de acuerdo con la situación de ésta.

12. a recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico, mental y a impedir o retrasar las enfermedades.

13. a tener acceso a servicios sociales y jurídicos con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.

14. a utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un ambiente humano y seguro.

15. a ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades y su vida privada, y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.

### **Plenitud Humana**

*Las personas de edad avanzada tienen derecho:*

16. a hacer uso de todas las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

17. a tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

### **Dignidad**

*Las personas de edad avanzada tienen derecho a:*

18. a ser tratadas con equidad cualesquiera sean su edad, sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas.

19. a vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico o mental.

20. a ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho de morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

## **RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD**

*En constancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberán tratar de:*

1. permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.
8. participar en la vida cívica de su sociedad.
9. buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

# **PLANOS**