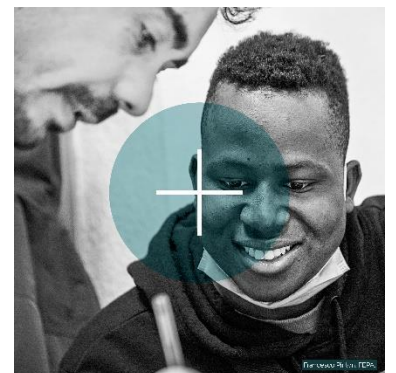
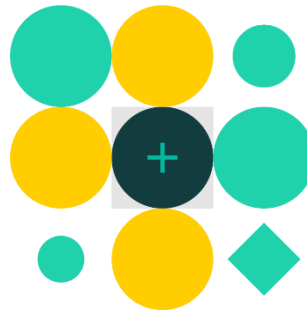


# Documento inicial de referencia para el diseño de la Estrategia - Diagnóstico

Julio 2023



**Estrategia estatal  
de desinstitucionalización**  
Para una buena vida en la comunidad

**Elaborado con la asistencia técnica de**



**© Secretaría de Estados de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.**

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18-20

28014 MADRID

Julio 2023

*El equipo técnico que elaboró este Diagnóstico expresa su más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que han participado en el proceso de consulta aportando ideas para el diagnóstico y para la futura Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad.*



## Contenido

<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<i>Antecedentes</i> .....	6
<i>Metodología</i> .....	7
<i>Estructura del documento</i> .....	8
<i>Enfoque de género</i> .....	9
<i>Interseccionalidad y diversidad de género</i> .....	10
<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>11</b>
<b>1. LAS POLÍTICAS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN SU CONTEXTO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1. Conceptualización de la desinstitucionalización</b> .....	<b>15</b>
1.1.1. <i>Definición y características de la institucionalización</i> .....	15
1.1.2. <i>Definición de desinstitucionalización y buena vida en la comunidad</i> .....	18
1.1.3. <i>Evidencias y argumentos a favor de la desinstitucionalización</i> .....	21
<b>1.2. Evolución de la normativa internacional y en España</b> .....	<b>27</b>
1.2.1. <i>Normativa internacional</i> .....	28
1.2.2. <i>Normativa europea</i> .....	32
1.2.3. <i>Marco jurídico nacional</i> .....	34
1.2.4. <i>Normativa autonómica</i> .....	39
<b>1.3. Políticas y experiencias de desinstitucionalización</b> .....	<b>42</b>
1.3.1. <i>Recorrido de la desinstitucionalización en Europa</i> .....	42
1.3.2. <i>Políticas y experiencias europeas de desinstitucionalización</i> .....	45
1.3.3. <i>Iniciativas de desinstitucionalización en España</i> .....	46
<b>1.4. Pilares y claves de los procesos de desinstitucionalización</b> .....	<b>49</b>
1.4.1. <i>Pilares fundamentales de los procesos de desinstitucionalización</i> .....	49
1.4.2. <i>Claves para activar y sostener los procesos de desinstitucionalización</i> .....	52
<b>2. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN QUE NECESITA APOYOS Y CUIDADOS</b> .....	<b>59</b>
<b>2.1. Factores que desencadenan la institucionalización de las personas con necesidades de cuidados y apoyos</b> .....	<b>59</b>
2.1.1. <i>Factores de institucionalización de personas mayores</i> .....	60
2.1.2. <i>Factores de institucionalización de personas con discapacidad</i> .....	61
2.1.3. <i>Factores de institucionalización de niños, niñas y adolescentes</i> .....	62
2.1.4. <i>Factores de institucionalización de personas en situación de sinhogarismo</i> .....	62
<b>2.2. Descripción de las personas con necesidades de apoyo y cuidados</b> .....	<b>64</b>
2.2.1. <i>Una visión general</i> .....	64
2.2.2. <i>Personas en situación de dependencia</i> .....	66
2.2.3. <i>Personas mayores</i> .....	69
2.2.4. <i>Personas con discapacidad</i> .....	72
2.2.5. <i>Infancia y Adolescencia en el Sistema de Protección</i> .....	77
2.2.6. <i>Personas en situación de sinhogarismo</i> .....	81
2.2.7. <i>Proyecciones de las personas que podrían necesitar apoyos</i> .....	84



<b>2.3. Descripción de las familias que cuidan .....</b>	<b>86</b>
<b>2.4. Necesidades y aspiraciones de las personas y sus cuidadoras.....</b>	<b>91</b>
2.4.1. <i>Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD).....</i>	<i>92</i>
2.4.2. <i>Necesidades y aspiraciones compartidas .....</i>	<i>103</i>
2.4.3. <i>Necesidades específicas por grupo de población .....</i>	<i>110</i>
2.4.4. <i>Necesidades de las familias .....</i>	<i>119</i>
<b>3. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE NECESITAN APOYOS .....</b>	<b>123</b>
<b>3.1. El sistema de cuidados: suficiencia y adecuación .....</b>	<b>123</b>
3.1.1. <i>Apoyo y protección a la discapacidad.....</i>	<i>124</i>
3.1.2. <i>Sistema de Apoyo y Protección a la Infancia y la Adolescencia en riesgo</i>	<i>132</i>
3.1.3. <i>Apoyo y protección a las personas sin hogar.....</i>	<i>141</i>
<b>3.2. Implicación de la vida en instituciones .....</b>	<b>144</b>
<b>3.3. Las personas que trabajan en los cuidados .....</b>	<b>151</b>
3.3.1. <i>Las recomendaciones a nivel europeo.....</i>	<i>152</i>
3.3.2. <i>Profesionales del sector de los cuidados .....</i>	<i>156</i>
3.3.3. <i>Profesionales del Tercer Sector de Acción Social.....</i>	<i>165</i>
3.3.4. <i>Cuidados que se proveen mediante empleo en el hogar .....</i>	<i>167</i>
3.3.5. <i>Impacto de género en los cuidados .....</i>	<i>170</i>
<b>4. RETOS ESTRATÉGICOS PARA LA TRANSICIÓN A LA BUENA VIDA EN COMUNIDAD ....</b>	<b>172</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>178</b>
<b>6. GLOSARIO .....</b>	<b>197</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>210</b>



## ACRÓNIMOS

AGE	Administración General del Estado
AICP	Atención Integral y Centrada en la Persona
CDL	Cuidados de Larga Duración
CDN	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia
CDPD	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CE	Comisión Europea
CLD	Cuidados de Larga Duración.
CTSSD	Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
DUDDHH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia
FRA	Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea
IMSERSO	Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
LAPAD	Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
PAPD	Servicio de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia
PEAP	Prestación económica de asistencia personal
PEC	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
PRTR	Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.
SAD	Servicio de ayuda a domicilio
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
SAR	Servicio de atención residencial
SEDS	Secretaría de Estado de Derechos Sociales
SISAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
TSAS	Tercer Sector de Acción Social
UE	Unión Europea



## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes

Este documento **contiene** el Diagnóstico para el diseño de la **Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad**. Se trata de una visión más desarrollada del **Marco Estratégico de la desinstitucionalización** que ha sido elaborado con el consenso distintos actores e instituciones que participan en la Estrategia.

El **objetivo** principal del Diagnóstico es presentar un panorama general sobre la situación y desafíos que se afrontan en el ámbito de la desinstitucionalización en España y más específicamente con los cuatro grupos de personas en los que se centra la Estrategia: personas con discapacidad, personas en situación de dependencia, niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección y personas sin hogar.

Cuando hablamos de **institucionalización**, nos referimos a cualquier tipo de entorno residencial en el que:

- Las personas residentes viven aisladas de la comunidad y se ven obligadas a vivir segregadas.
- Las personas residentes no tienen control sobre sus vidas y sus decisiones cotidianas.
- Los requisitos de la organización tienden a primar sobre las necesidades individualizadas de las personas residentes.

La **desinstitucionalización** por otra parte debe entenderse como un proceso de **transición hacia la buena vida en la comunidad** que se compone de los siguientes elementos:

- Requiere de contextos comunitarios accesibles, de recursos comunitarios universales y servicios profesionales orientados a la buena vida en la comunidad (o de base familiar para la infancia), es decir, apoyos prestados de forma voluntaria o recíproca y apoyo a través de trabajo formal (empleo).
- Implica la prevención de la institucionalización, pues la prevención es parte fundamental del proceso de transformación de las instituciones a un sistema de cuidados basado en la comunidad.
- Conlleva la transformación de instituciones residenciales y el desarrollo de servicios de apoyo en la comunidad y/o de base familiar para la infancia, siempre que esta medida sea la más adecuada para el interés superior del menor, garantizando la calidad, la accesibilidad, asequibilidad y la atención personalizada a todas las personas.
- Implica un cambio cultural que ayude a ampliar las expectativas de vida digna para todas las personas, con los apoyos personalizados que necesiten para el desarrollo de su proyecto de vida.

El Diagnóstico tiene siempre presente el **enfoque de género** y la **interseccionalidad**, tan importante en el campo que nos ocupa.





## Metodología

Para la elaboración de este documento se han utilizado múltiples **fuentes** de información, tanto secundarias, analizando documentos, estudios e informes relacionados con la materia, como primarias, a través de los distintos estudios y consultas realizadas tanto por métodos cuantitativos como cualitativos. Fruto del proceso de análisis y consulta, se han generado una serie de documentos específicos Anexos a este documento y a los que se puede acceder a través de la página [web](#) de la Estrategia.

Las **fuentes de información primaria** se han empleado para conocer la opinión y el conocimiento de la población general con respecto a la desinstitucionalización, así como para comprender de primera mano las características, experiencias de vida, necesidades y aspiraciones de la población que vive o ha vivido en instituciones. Son:

- La Encuesta estadísticamente representativa a la población general, elaborada por la asistencia técnica como parte del diagnóstico de situación. (Participación de 2.500 personas).
- Encuesta general abierta a actores relacionados con la desinstitucionalización (Participación aproximada de 5.500 personas).
- Historias de vida de las personas con experiencia propia (9 historias de vida).
- Entrevistas en profundidad a personas expertas profesionales (16 personas; 13 nacionales y 3 internacionales).
- Grupos de trabajo multiactor con profesionales y personas con experiencia propia, incluyendo las personas menores de edad en el sistema de protección. (9 Grupos con 60 personas que han participado).
- Panel a comunidades virtuales dirigida a la población general, familiares y profesionales de atención directa (4 paneles con participación de 99 personas).
- Grupos de consulta a las administraciones públicas: comunidades autónomas (con participación de 35 personas); y entidades locales (con participación de 19 personas).
- Elaboración de 10 estudios de caso sobre desinstitucionalización a nivel internacional y 5 a nivel nacional: A gusto en casa, Hogar Sí, Asprodes, Macromananzas - Barcelona, Donosti – Acogimiento familiar especializado.
- Análisis sobre el discurso de la desinstitucionalización en redes sociales.
- Primer evento llevado a cabo en febrero con una participación de 249 personas presencialmente y más de 1600 reproducciones del streaming.
- Segundo evento celebrado en junio con una participación de 85 personas de diferentes entidades del tercer sector, personal técnico de administraciones públicas y empresas del sector servicios, entre otros.

Aunque el concepto “**desinstitucionalización**” está acotado y definido a nivel internacional como se verá a continuación, y existen numerosas fuentes de información, hay una dificultad para recoger información de manera sistemática, es decir, que las fuentes estadísticas varían por grupo de población, y es difícil conocer algunos datos específicos. No obstante, y para subsanar esta complicación, junto con las consultas realizadas, se ha recurrido a **fuentes secundarias** respecto a los grupos de población que viven o que tienen riesgo de vivir en instituciones, así como sobre las políticas de atención y cuidados que se dirigen a estos grupos.



Dada la dificultad para acotar la población objeto de la Estrategia, es decir, las personas que viven o potencialmente podrían vivir en instituciones, hemos considerado en los datos cuantitativos a aquellas personas o grupos de población que necesitan algún tipo de apoyo en su vida diaria y en concreto, personas en situación de dependencia, personas con discapacidad, personas menores en el sistema de protección y personas sin hogar.

Como **fuentes de información secundaria** se han analizado preferentemente las estadísticas y encuestas oficiales sobre la población en cuestión, así como la explotación de datos del **Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD)**. El resumen de las fuentes secundarias analizadas puede verse también con mayor detalle en los Anexos y la Bibliografía de este documento.

### **Estructura del documento**

El Diagnóstico se estructura partiendo de un Resumen Ejecutivo que presenta un balance completo de la situación, seguido de **cuatro capítulos**. En el **primero** se hace una **aproximación a las políticas de desinstitucionalización** partiendo de una aproximación al concepto, al marco jurídico y a las políticas y experiencias nacionales e internacionales en la materia, así como a los pilares fundamentales de los procesos de desinstitucionalización y las claves para activarlos y sostenerlos.

El **segundo capítulo** se centra en la **población con necesidades de apoyo y cuidados** que vive en instituciones o que desarrolla su proyecto de vida en la comunidad. Se describen las trayectorias que hacen que muchas personas acaben en instituciones, se profundiza en las características de las personas que tienen necesidades de apoyos para desarrollar su proyecto de vida en la comunidad, cuáles son sus necesidades, sus deseos y aspiraciones y se ponen de relieve los efectos e implicaciones que tiene la vida en las instituciones, tanto para las personas como para la sociedad; también se ponen en valor las opiniones y deseos de la ciudadanía al respecto.

El **tercer capítulo** se centra en **cómo es la atención y los cuidados** a las personas que necesitan apoyos y en si se garantizan sus derechos o su posibilidad de elección: para ello se hace una aproximación a los cuidados en España y se analiza cómo es el sistema de cuidados actualmente desde una doble perspectiva. Por una parte, desde la suficiencia y capacidad de cobertura a las necesidades de las personas y, por otra, desde la adecuación a los deseos y necesidades de las personas; todo ello teniendo en cuenta la situación y necesidades de los grupos de población que son objeto de esta Estrategia. También se profundiza en la situación de las personas que proveen cuidados, sus características, competencias, funciones, sus condiciones laborales, etc., puesto que no puede haber buenos apoyos para la vida en la comunidad si no hay cualificación y calidad en el empleo de las personas que proveen esos apoyos.

Por último, el documento finaliza con un **cuarto capítulo** en el que se identifican los **desafíos** estratégicos a los que es necesario dar respuesta en la Estrategia.





## Enfoque de género

El enfoque de género considera como punto de partida las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres. Es importante recalcar que el **sexo** es el conjunto de características físicas, analógicas y biológicas que determinan a una persona, mientras que el **género** es el conjunto de constructos sociales que se asignan con base al sexo y al contexto histórico y social en el que nacen las personas. En el Diagnóstico se toma como punto de partida el reconocimiento de las desigualdades entre mujeres y hombres, asumiendo que la concepción de que las capacidades, roles, expectativas y pautas esperadas de comportamiento de mujeres y hombres se deben a la construcción social y van evolucionando en función de las diferentes situaciones culturales, sociales y económicas. Debido a esa desigual posición, cualquier política, especialmente las de los cuidados y atención a las personas que necesitan apoyos, conlleva un impacto diferenciado sobre mujeres y hombres.

La igualdad de género es un principio fundamental para el Gobierno de España en todos los ámbitos y para todas las personas, incluyendo a aquellas en situaciones de vulnerabilidad como las personas mayores, con discapacidad, los niños, niñas y adolescentes, así como las personas en situación de sinhogarismo.

En consecuencia, la perspectiva de género se incorpora en todas las fases de análisis y desarrollo de esta **Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad**, reflejando los efectos diferenciados del género y planteando acciones contra estas desigualdades, desde el proceso participativo para la elaboración de este diagnóstico, hasta el contenido de la **Estrategia** y su Plan Operativo, que incorporará medidas específicas para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres de los diferentes grupos de población, sus familiares y personas de apoyo, así como los y las profesionales de servicios de atención y cuidado.

En la medida en que están disponibles, la explotación de los datos para la elaboración de este diagnóstico se ha hecho desde este enfoque de género y feminista, no sólo al extraerlos y desagregarlos por sexo siempre que ha sido posible, sino también analizando y midiendo las diferencias provocadas por las normas sociales asociadas al género que impactan a los grupos de población y sus personas cuidadoras.

La **perspectiva de género** permite **identificar las diferencias, desigualdades y discriminaciones** que existen entre mujeres y hombres en cuanto al acceso, uso y control de los recursos y servicios sociales. Esto implica tener en cuenta las necesidades, demandas y expectativas de ambos géneros con relación a los servicios y prestaciones que se ofrecen, y cómo estos pueden ser ajustados para responder a ellas de manera efectiva.

Además, permite también visualizar las desigualdades en la distribución de las cargas de cuidado y la participación en el mercado laboral, así como los estereotipos y roles de género que influyen en la percepción y demanda de los servicios sociales. Además, ayuda a identificar y prevenir situaciones de violencia de género, discriminación y exclusión social que puedan estar presentes en el contexto social.



## Interseccionalidad y diversidad de género

La **interseccionalidad** se entiende en este contexto como la **situación por la cual una misma persona puede sufrir discriminación como consecuencia de múltiples categorías sociales que convergen en ella simultáneamente**<sup>1</sup> como el género, la clase socioeconómica, alguna discapacidad, su lugar de origen, entre otros factores.

Adoptar un enfoque interseccional ayuda a analizar la realidad teniendo en cuenta factores que impactan en la vida y el ejercicio de derechos de las personas por diferentes vías, es decir, pertenecer a un grupo de población vulnerable que se enfrenta a otras vulnerabilidades a la par, como pueden ser: el sexo, tener discapacidad, pertenecer al colectivo LGBTIQ+, la clase socioeconómica, el nivel educativo, haber nacido en otro país, entre otros factores que pueden aumentar la vulnerabilidad y discriminación.

La **perspectiva de género en sentido amplio supone, además, superar el binarismo** que caracteriza la manera clásica de entender el sistema sexo-género. Se incluye dentro de esta aproximación a las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgéneros, e intersexuales (LGBTIQ+); a este respecto los datos y la información encontrada es muy escasa.

Debemos también aludir a otras sensibilidades y desigualdades que vienen de la mano de otras identidades de género, realidades que cada vez se hacen más presentes y que suponen un elemento añadido de discriminación y vulneración de derechos en entornos institucionalizados. Partiendo de estas premisas, tanto en el análisis como en la elaboración de la Estrategia se han de tener en cuenta las brechas de género existentes de partida, y los efectos agravados de la institucionalización en las mujeres y grupos como las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgéneros, e intersexuales (LGBTIQ+).

Por todo ello, para la elaboración de la Estrategia se hace el análisis tanto de los grupos de población como de las personas cuidadoras bajo la óptica de la interseccionalidad, desde una mirada feminista y con perspectiva de género. Todo ellos para entender la complejidad de cada uno de los grupos de población, y en qué medida las personas que tienen diversas vulnerabilidades encuentran más barreras para salir de procesos de institucionalización y/o podrían verse afectadas por procesos de desinstitucionalización.

---

<sup>1</sup> El término de interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé Williams Crenshaw en 1989 y surge a raíz del activismo feminista en Estados Unidos que intenta visibilizar las discriminaciones superpuestas en una persona por razón de género, raza y clase social como contrapropuesta al feminismo blanco, de clase media, occidental y heterosexual de aquel momento. (UN Women, 2020)



# Resumen Ejecutivo

En España hay **entre 4.418.264 y 6.653.055 personas requieren cuidados y apoyos** lo que representa más del 10% de la población. De ellas, al menos **391.543**, es decir casi el 1% (0,8%) de la población reciben apoyos en recursos de atención residencial: entre 319.417 y 301.806 personas mayores de 65 años, 16.177 niños, niñas y adolescentes que el sistema de acogimiento familiar, 11.498 personas en situación de sinhogarismo y 44.451 en situación de discapacidad. Pero previsiblemente son más si se suman las personas con discapacidad atendidas en residencias menores de 65 años y las personas en instituciones de salud mental, entre otros grupos de población.

La institucionalización es un proceso en el que confluyen múltiples causas y en el que inciden tanto factores relacionados con la situación del individuo y su entorno como factores relacionados con la respuesta institucional. Todas las personas pueden tener riesgo de necesitar apoyos y cuidados a lo largo de su ciclo vital y por lo tanto de acabar viviendo en una institución. El riesgo de institucionalización aumenta con la pérdida de autonomía y/o de recursos para la vida diaria y con la ausencia de una red de apoyo. También hay causas específicas relacionadas con los distintos grupos de población entre las que destaca la vivienda. **La ausencia de redes de apoyo y la ausencia de respuestas institucionales concebidas para que las personas puedan vivir en comunidad están en la base de los procesos de institucionalización.**

La mayoría de **las personas** que hemos consultado para la realización del diagnóstico, **que viven o han vivido en instituciones desean una vida en comunidad.** Les gustaría disponer de recursos, apoyos y servicios de proximidad centrados en sus necesidades, contar con los apoyos personales necesarios para poder llevar una vida independiente, una vivienda adecuada, adaptada y segura y que en sus entornos hubiese mecanismos efectivos de participación que les permitiesen un desarrollo personal pleno. En definitiva, políticas con un enfoque centrado en la persona.

Según la encuesta representativa de la población general llevada a cabo para la elaboración del diagnóstico, **la gran mayoría de la población española considera que las personas con necesidades de apoyo han de vivir en la comunidad** con los apoyos que sean necesarios, **en lugar de vivir en instituciones.** Esta opinión es compartida para todos los grupos de población a los que se dirige esta estrategia (por encima del 80% en todos los casos) y más aún en el caso de los niños y niñas. El 68% de la población considera que no se garantizan los derechos de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad fruto de situaciones de dependencia, discapacidad, desprotección en la infancia, y, especialmente en el caso de las personas sin hogar. Ocho de cada diez personas consideran que las personas que residen en centros o instituciones asistenciales están al margen del conjunto de la sociedad, y opinan que es necesario tomar medidas para que estas personas puedan vivir más incluidas en la sociedad.

**Los cuidados familiares siguen siendo la columna vertebral de los Cuidados de Larga Duración en España**, casi el 70% de las personas en situación de dependencia son atendidas únicamente por algún integrante de la familia. Las principales cuidadoras



familiares son mujeres: las hijas, las madres y las parejas. Lo mismo ocurre con las personas con discapacidad. El modelo de cuidados tradicional genera y ha generado durante décadas desigualdades de género, lo que limita la autonomía el desarrollo profesional y la calidad de vida de las mujeres cuidadoras.

**El sistema de cuidados en España se soporta fundamentalmente en las mujeres.** Hay 687.601 personas afiliadas a la Seguridad Social en los servicios sociales (segundo trimestre de 2023), de las cuales el 82% son mujeres, frente a un 18% de hombres. Las tasas de temporalidad son excesivamente altas al igual que las de empleo a tiempo parcial, y las condiciones de trabajo no son óptimas. Del total de personas afiliadas al Sistema Especial para Empleados del Hogar y Seguridad Social, más del 43% son de origen extranjero, y ellas el 94% son mujeres. El trabajo informal de cuidados sigue predominando; la provisión de cuidados de manera informal, a través de la contratación de empleo del hogar supone peores prestaciones para las trabajadoras y menos garantías en caso de desempleo. Es un sector con gran potencial de generación de empleo debido a la previsión del aumento de la población con necesidades.

A pesar de los avances que se han producido en los últimos años **el sistema de cuidados y apoyos en España aún no está suficientemente desarrollado ni orientado a servicios y apoyos para la vida en comunidad.** En el Servicio de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia y la Prestación Económica de Asistencia Personal tienen muy poco peso en el SAAD (3,8% y 0,5%) respectivamente, mientras que la Atención Residencial (SAR) tiene mucho peso entre las personas de más edad, especialmente las mujeres y las personas con mayores necesidades de apoyo y supone el 15% del total de prestaciones a nivel nacional (259.043). Las personas con discapacidad con mayores necesidades de apoyo tienden a optar por el SAR, a falta de alternativas suficientes en el entorno. Aún hay 16.177 niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento residencial y hay menos acogimientos en cuanto mayor es la edad al igual que ocurre con los no nacionales o niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Los albergues y centros de acogida son la principal respuesta en la red de atención a personas sin hogar, representando actualmente el 43,0% de los centros y el 62,4% del total de plazas disponibles; 16.961 personas utilizan estos servicios, de las cuales el 26% son mujeres. Los sistemas de transición hacia la vida en comunidad están poco desarrollados.

Las previsiones demográficas indican que **la población con necesidades de apoyo aumentará en el medio y largo plazo** junto con la longevidad. Según las proyecciones de población 2022-2072 del INE, España ganaría más de cuatro millones de habitantes en los próximos 15 años y más de cinco millones hasta 2072 si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales. La población mayor de 65 años, que en la actualidad representa el 20,1% del conjunto de la población (9.527.262), representará el 25% en 2035 (12.881.952 personas) y el 30% en 2047 (15.841.916 personas). Las personas de 80 años y más representarán el 26,9% de la población general en 2065, alcanzando la cifra de 10.120.175 personas. Por lo tanto, en los próximos años se prevé que se incrementará la demanda de apoyos y cuidados en España, **lo que implicará una importante presión sobre los sistemas de protección** y las políticas sociales.

**Hay un amplio consenso científico** (Grupo Europeo de Expertos ad hoc sobre la Transición de la Asistencia Institucional a la de Base Comunitaria - EEG en inglés,



Organización Mundial de la Salud -OMS, Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas -OHCHR, UNICEF, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, entre otros) **sobre los efectos negativos de las instituciones y su limitada capacidad para apoyar a las personas de modo que puedan realizar proyectos de vida elegidos**, la reparación del daño y el desarrollo personal, cognitivo y fisiológico en la infancia y jóvenes, en las personas con discapacidad, en las personas mayores y en otras personas en situación de exclusión, como en situaciones de sinhogarismo o ante problemas de salud mental. Los estudios demuestran que la vida en instituciones supone un detrimento significativo en los indicadores de calidad de vida, además de limitar severamente la autonomía y la autodeterminación para desarrollar un proyecto de vida propio. Otros estudios, especialmente en la infancia (Eurochild et al., 2014) y en las personas en situación de sinhogarismo (Blood et al., 2021; EC, 2021)) demuestran que la atención en instituciones es más costosa que los servicios concebidos en la comunidad. El avance progresivo en los derechos humanos y la toma de conciencia de que todas las personas tienen derecho a una vida plena ha llevado a cuestionar estos modelos de atención, centrados en muchas ocasiones en prácticas rehabilitadoras (ej. discapacidad, problemas de salud mental, personas en situación de sinhogarismo) o paliativas (infancia, jóvenes o personas mayores) que en muchos casos son segregadoras y limitan las libertades fundamentales.

**La aplicación efectiva del derecho internacional** (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD, Convención de los Derechos del niño), de la normativa europea (Carta Social Europea, Carta de los Derechos Fundamentales, Pilar europeo de los Derechos Sociales) o la del propio Estado español (Ley de protección jurídica del menor y diversas legislaciones de infancia autonómicas), **requiere avanzar hacia modelos de vida y cuidados centrados en la voluntad y preferencias de la persona, en el respeto a sus derechos y en una respuesta de vida en la comunidad**. El Estado español ha ratificado los principales Tratados y Acuerdos internacionales que establecen mandatos para el desarrollo de modelos de apoyo personalizados y comunitarios, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDDHH), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD), la Convención de los Derechos del Niño (CDN), la resolución 67/139 de la Asamblea General de Naciones Unidas Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea o el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

**Muchos países de la OCDE vienen implantando políticas de desinstitucionalización desde hace décadas**, en la mayoría de los casos centrándose en grupos de población específicos; de estas experiencias podemos sacar enseñanzas para España. De hecho, una serie de países han conseguido reducir el número de plazas en instituciones. **España** se encuentra, todavía, en un estadio inicial en el desarrollo de procesos de desinstitucionalización. No obstante, **existen múltiples iniciativas promovidas por administraciones en colaboración con entidades del Tercer Sector**. Algunas ya llevan años y otras se están experimentando actualmente con los Fondos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia y están ensayando nuevos modelos de cuidados y apoyos, priorizando respuestas y atenciones





personalizadas, orientadas a la vida en la comunidad, la autonomía y autodeterminación de la persona. Estas experiencias indican el camino a seguir en el futuro.

**Por tanto, el camino hacia la desinstitucionalización no es fácil y requiere un largo recorrido.** Comienza por reconocer y promover el derecho de todas las personas, independientemente de su situación, a tener los apoyos que precise para poder vivir en la comunidad, a tomar decisiones sobre sus propias vidas y a participar plenamente en la sociedad. Para ello, es necesario que los servicios de base comunitaria **adopten un enfoque centrado en la persona**, donde se reconozca y respete la dignidad única de cada persona, su historia de vida, sus preferencias, necesidades y voluntad. Esto **requiere de sistemas de apoyos y cuidados personalizados**, que se articulen en torno al proyecto de vida de cada persona, y cuando su voluntad no pueda ser expresada, haciendo la mejor interpretación posible con los apoyos que se requieran.

**Son muchos los obstáculos en los procesos de desinstitucionalización:** la falta de compromiso político continuado, la dificultad para realizar cambios culturales, la propia resistencia de las entidades que gestionan las instituciones y a veces de los profesionales que trabajan en ellas, las barreras normativas, la falta de medios y recursos económicos, etc. En las políticas de desinstitucionalización hay aspectos críticos que determinan su éxito: algunos tienen que ver con el entorno institucional, el liderazgo público, la preparación de las comunidades, el cambio de normativas o prevenir nuevas institucionalizaciones y otros con la adecuada financiación, la continuidad de las iniciativas a lo largo del tiempo, los procesos de acompañamiento, la recualificación de los profesionales, o la financiación adecuada.

Como **resultado del diagnóstico se identifican 55 desafíos a los que se enfrentan las políticas de desinstitucionalización en España** y que son abordados por la Estrategia. Estos desafíos se organizan en ocho dimensiones:

1. **Diseñar y transformar los marcos normativos vigentes** para el desarrollo de alternativas de vida en la comunidad y de base familiar y la transición de las instituciones a la comunidad.
2. **Contar con financiación suficiente y sostenida** que facilite el desarrollo de alternativas de base comunitaria y familiar a la vez que la transformación de las instituciones.
3. **Organizar, diseñar y planificar las prestaciones y servicios de forma que respondan al proyecto de vida de las personas** y contribuyan a mantenerlas en sus comunidades y/o en contextos familiares (en el caso de la infancia).
4. **Reforzar y mejorar la calidad del empleo** en el ámbito de los cuidados promoviendo a la vez apoyos y cuidados de calidad.
5. **Asegurar que las personas que necesitan de apoyos participan plenamente de sus proyectos vitales** y toman decisiones sobre los apoyos que reciben.
6. **Avanzar hacia comunidades que sean inclusivas** y sean un agente más en la prestación de cuidados y apoyos a las personas que los necesitan.
7. **Asegurar un sistema adecuado de gobernanza y coordinación** entre los diferentes actores que deben participar en el despliegue de la Estrategia.
8. Garantizar que la Estrategia mantenga los **principios de equidad y justicia** en su diseño y despliegue.





## 1. Las políticas de desinstitucionalización en su contexto

### 1.1. Conceptualización de la desinstitucionalización

#### IDEAS FUERZA

- El Grupo Europeo de Expertos *ad hoc* sobre la Transición de la Asistencia Institucional a la de Base Comunitaria (EEG en inglés) define el modelo de la **institucionalización** como aquel en el que priman los requisitos de la organización sobre los de las personas, que se ven obligadas a vivir aisladas de la comunidad y sin control pleno de sus vidas, en espacios despersonalizados marcados por la rigidez de las rutinas y un trato grupal y que marca la distancia social entre personas residentes y profesionales.
- Las Directrices sobre la desinstitucionalización, aprobadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establecen que **toda forma de institucionalización, incluso en situaciones de emergencia, supone una violación de la dignidad y los derechos de las personas con necesidades de cuidados y apoyos.**
- La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) define la **desinstitucionalización** como un proceso que prevé un cambio en las modalidades de vida de las personas, desde los entornos institucionales y otros entornos segregadores, a un sistema que permite la participación social y en el que los servicios se prestan en la comunidad, de acuerdo con la voluntad y las preferencias individuales.
- La desinstitucionalización requiere **cohesión y corresponsabilidad comunitaria** y una red de servicios que integren una variedad de programas, dispositivos y recursos que garanticen una atención integral y personalizada a todas las personas con necesidades de cuidados y apoyo, así como su participación en la comunidad.
- Existe consenso sobre la necesidad de avanzar hacia **modelos que apoyen la vida independiente y/o el desarrollo pleno de las personas en la comunidad** y que se basen en la voluntad y libre elección de las personas.

#### 1.1.1. Definición y características de la institucionalización

La Comisión Europea (CE) considera que se puede hablar de institución cuando viven más de 6 personas y de gran institución cuando hay entre 30 y 100 personas residiendo (Šiška & Beadle-Brown, 2020). Diversos autores insisten en que no solo el edificio hace una institución, pues la cultura institucional puede reproducirse con bastante facilidad en los servicios de base comunitaria y de pequeña escala, limitando la capacidad de



elección y el control, comprometiendo la calidad de los apoyos y empeorando la calidad de vida de las personas.

No existen definiciones oficiales internacionalmente aprobadas de los conceptos relacionados con la institucionalización, debido, principalmente, a los distintos marcos culturales y jurídicos de los países (Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, 2011)<sup>2</sup>. Sin embargo, la literatura especializada muestra que **existe un amplio consenso en la definición proporcionada por el EEG**, que será la que se tome como referencia para la elaboración de este Diagnóstico y de la Estrategia. Esta definición evita categorizar una institución solo por el número de personas que viven en las instalaciones y se centra, en cambio, en la experiencia de las personas residentes<sup>3</sup>. Asimismo, el EEG también destaca que lo que define a las instituciones no son solo las condiciones físicas del edificio, sino las características de la cultura institucional.

### El EEG define institución como cualquier tipo de recurso residencial que cumpla alguna de las siguientes características

- Las personas residentes viven aisladas de la comunidad y se ven obligadas a vivir segregadas.
- Las personas residentes no tienen control sobre sus vidas y sus decisiones cotidianas.
- Los requisitos de la organización tienden a primar sobre las necesidades de las personas residentes.

<sup>2</sup> En el anexo a este documento se ha incluido un glosario de términos relacionados con la desinstitucionalización.

<sup>3</sup> El Grupo Europeo de Expertos se basa, en parte, en la definición que ofrece de las personas con discapacidad intelectual la organización canadiense *People First*: “Una institución es cualquier lugar en el que las personas que han sido calificadas como afectadas por una discapacidad intelectual son aisladas, segregadas o congregadas. Una institución es un lugar donde las personas no tienen, o no se les permite ejercer, control alguno sobre su vida y sus decisiones cotidianas. Una institución no viene definida sólo por su tamaño” (PFC, 2010).



## Características de la cultura institucional según el EEG

- La despersonalización (eliminación de las posesiones personales, las señales y los símbolos de individualidad y humanidad).
- La rigidez en las rutinas (horarios fijos para levantarse, comer y realizar actividades independientemente de las preferencias o las necesidades individuales).
- Un trato grupal (atendiendo a las personas como miembros de un grupo sin privacidad ni individualidad).
- Distancia social (poniendo de manifiesto las diferencias en el estatus del personal y las personas residentes).

En esta misma línea la OMS, **con relación a la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual**, pone el foco no tanto en el tamaño del edificio sino en la forma en que se prestan los servicios:

*El problema de la institucionalización no se limita a las grandes instituciones de larga estancia. A los niños con discapacidad intelectual que viven en entornos más pequeños, incluso con sus familias biológicas, en hogares de acogida o en otros centros residenciales de tipo familiar, también se les pueden negar oportunidades sociales, educativas y económicas. Mantenedos en casa, educados por separado y aislados o rechazados por sus comunidades, estos niños pueden estar tan aislados "en la comunidad" como en las instituciones a gran escala. Se ha propuesto ampliar la definición de institucionalización para referirse al fenómeno general en el que una persona con discapacidad pierde el control sobre su propia vida (WHO Europe, 2010, p. 12).*

Tal y como señala el EEG, las personas residentes en este tipo de instituciones desarrollan una conducta pasiva ('institucionalizada') al adaptarse a estas rutinas, al aburrimiento y a la falta de actividades significativas. Asimismo, los y las profesionales que prestan este tipo de asistencia tienden a desarrollar modelos de intervención cada vez más "institucionalizados" con el paso del tiempo, por lo que planificar la transición de los profesionales hacia el modelo de cuidados y apoyos para una buena vida en la comunidad es clave para el éxito del proceso de desinstitucionalización.

Por tanto, y tal y como recoge la Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad del CRPD<sup>4</sup>:

“Vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son conceptos que se refieren a entornos para vivir fuera de las instituciones residenciales de todo

<sup>4</sup> CRPD, Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, ONU, 27/10/2017.



tipo. No se trata “simplemente” de vivir en un edificio o lugar particular; significa, sobre todo y, ante todo, no perder la capacidad de elección y la autonomía personales como resultado de la imposición de una forma y unos sistemas de vida determinados. Ni las grandes instituciones con más de un centenar de residentes ni los pequeños hogares funcionales con entre cinco y ocho personas, ni siquiera los hogares individuales, pueden ser llamados sistemas de vida independiente si contienen otros elementos definitorios de instituciones o de institucionalización, [...] como la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de la persona; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios o la supervisión del sistema de vida”.

Por último, es indispensable reconocer que en realidad **toda forma de institucionalización supone una violación de la dignidad y los derechos de las personas con necesidades de cuidados y apoyos**, como recogen las Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, aprobadas por el CRPD<sup>5</sup>, que señalan lo siguiente:

- “Los Estados parte deben reconocer la institucionalización como una forma de violencia contra las personas con discapacidad” (punto 6)”.
- “La institucionalización nunca debe considerarse una forma de protección de las personas con discapacidad, ni una “elección” (punto 8)”.
- “Los Estados parte deben reconocer que la institucionalización en todas sus formas supone una violación múltiple de los derechos consagrados en la Convención” (punto 115).

### **1.1.2. Definición de desinstitucionalización y buena vida en la comunidad**

En lo que al proceso de desinstitucionalización se refiere, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos lo describe como un proceso que prevé **un cambio en la modalidad de vida de las personas, desde los entornos institucionales y otros entornos segregadores, a un sistema que permite la participación y el fortalecimiento del tejido social inclusivo y en el que los servicios se prestan en la comunidad, de acuerdo con las necesidades, voluntad y preferencias individuales de cada persona, contribuyendo a su desarrollo integral, especialmente en el caso de la infancia**<sup>6</sup>.

UNICEF define, a su vez, la desinstitucionalización como todo el proceso de planificación de una transformación hacia la reducción en tamaño o el cierre de las instituciones residenciales, a la vez que se establecen otra serie de servicios diversos

<sup>5</sup> CRPD, Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, ONU, 10/10/2022.

<sup>6</sup> Thematic study on the right of persons with disabilities to live independently and be included in the community. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2014



de cuidados dirigidos a infancia y adolescencia, según una orientación a resultados y de acuerdo con sus derechos<sup>7</sup>.

En un reciente informe el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas dibuja los principios de unos servicios en el siglo XXI para hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad (Quinn, 2023). Centrado en el cambio de cultura, la ética del servicio público y los valores subyacentes, este modelo es extrapolable para otros grupos de población. Según el informe, el foco de la atención desinstitucionalizada reside en la creación de una infraestructura sociocomunitaria de calidad. La desinstitucionalización, por lo tanto, debe entenderse como un **proceso de transición hacia la vida en la comunidad** (Domènech-i-Argemí et al., 2009).

El cambio en la percepción de los derechos humanos se ha visto acompañado por un avance en los modelos de atención profesional y en la concepción de cómo deben ser los cuidados y apoyos, a partir de las propias evidencias científicas de las limitaciones de la atención en instituciones y de la creciente sensibilidad social y aspiración generalizada a la vida en la comunidad (Rodríguez et al., 2014). Este conjunto de enfoques técnicos se resume en un modelo de intervención llamado **enfoque comunitario**, que parte de la premisa de que la participación en la comunidad es un elemento importante para el desarrollo y el bienestar de las personas y que una atención centrada en la persona, que ponga los derechos y la voluntad de las personas en el centro, debe articular prestaciones y servicios que permitan a la persona una vida independiente y en la comunidad (Marchioni, 1999).

**La desinstitucionalización requiere implicación activa de la comunidad y una red de servicios que integre una variedad de programas, dispositivos y recursos que garanticen una atención personalizada** a todas las personas con necesidades de apoyo. Con relación a los servicios de apoyo comunitario o de apoyos basados en la comunidad, las Directrices Comunes Europeas para la transición de la Atención Institucional a la Atención Comunitaria (2012) señalan que estos servicios son aquellos que posibilitan a las personas vivir en la comunidad y, en el caso de la infancia y la adolescencia, crecer en un ambiente familiar en vez de en una institución. Estos servicios no se restringen a servicios dentro de casa, sino que también deben poder extenderse a las esferas del empleo, la educación y la participación política y cultural. Abarcan servicios generales como la vivienda, la atención sanitaria, la educación, el empleo, la cultura y el ocio, que deben ser accesibles para todas las personas, independientemente de la naturaleza y del nivel de apoyo requerido. Estos servicios pueden ser de diferentes tipologías, con objetivos y contextos de apoyo distintos, pero todos deben garantizar una serie de elementos:

- Participación plena en la comunidad.
- Control y elección de los apoyos.
- Apoyo centrado en la persona.
- Continuidad en la prestación del apoyo.
- Viviendas en entornos normalizados integrados en la comunidad.

---

<sup>7</sup> *At home or in a home? Formal care and adoption of children in Eastern Europe and Central Asia*. UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 2010, 80 p.



Por lo tanto, la **desinstitucionalización** debe entenderse como un **proceso de transición hacia la buena vida en la comunidad** que se compone de los siguientes elementos:

- **Requiere de contextos comunitarios accesibles, de recursos comunitarios universales y servicios profesionales orientados a la buena vida en la comunidad (o de base familiar para la infancia), es decir, apoyos prestados de forma voluntaria o recíproca y apoyo a través de trabajo formal (empleo).**
- **Implica la prevención de la institucionalización, pues la prevención es parte fundamental del proceso de transformación de las instituciones a un sistema de cuidados basado en la comunidad.**
- **Conlleva la transformación de instituciones residenciales y el desarrollo de servicios de apoyo en la comunidad y/o de base familiar para la infancia, siempre que esta medida sea la más adecuada para el interés superior del menor, garantizando la calidad, la accesibilidad, asequibilidad y la atención personalizada.**
- **Los recursos de base familiar y comunitaria para la infancia son aquellos que, de forma individual o combinando unos con otros, permiten que los niños y niñas permanezcan en condiciones de seguridad con sus propias familias, que sean acogidos y se desarrollen con otras familias, o que, viviendo en recursos residenciales, estos sean pequeños, flexibles, personalizados, abiertos a la familia, permeables a la comunidad, y orientados a la reintegración familiar o al apoyo del proyecto de vida del menor de edad.**
- **Implica un cambio cultural que ayude a ampliar las expectativas de vida digna para todas las personas, con los apoyos personalizados que necesiten para el desarrollo de su proyecto de vida.**





**Una buena vida en la comunidad** parte del derecho de las personas a decidir sobre su propia vida y, por otra parte, entiende que, para lograr el proceso, hay que avanzar hacia comunidades más inclusivas. Las buenas comunidades hacen posibles las buenas vidas, comunidades y vidas que no sólo sean respetuosas con la diversidad, sino que además sean capaces de integrar la diversidad como un valor. Las comunidades están compuestas y son construidas por las personas que las conforman, si todas tienen su espacio, tendremos comunidades más diversas capaces de abrazar e impulsar la vida de todas las personas.

### Significados de una buena vida en la comunidad

- Vivir en la comunidad es un derecho de todas las personas: independientemente de los apoyos necesarios, todas las personas tienen derecho a vivir en la comunidad, con acceso a recursos y relaciones en la misma.
- Las buenas comunidades son aquellas que integran como un valor la diversidad de cada persona, son accesibles y están adaptadas para que todas las personas puedan participar y contribuir cuándo y cómo quieran.
- Una buena vida en la comunidad implica tener cubiertas las necesidades de la vida diaria, tener bienestar personal y recibir apoyos ajustados a las necesidades de cada persona para poder vivir de acuerdo a un proyecto de vida elegido.
- La buena vida en la comunidad supone también el respeto a la propia identidad de las personas y garantizar su derecho a decidir preferencias, gustos, metas personales y estilo de vida.

Para que esto sea posible, será necesario también preparar a las comunidades (Rodríguez Rodríguez, 2010). Esta transición será compleja, puesto que **implica un cambio cultural, un cambio en los modelos profesionales de atención y una transformación de los recursos e instituciones**, que requerirán tiempo y deberán ser planificados.

#### 1.1.3. Evidencias y argumentos a favor de la desinstitucionalización

A partir de la Segunda Guerra Mundial surge una corriente de revisión crítica a la institucionalización desde la propia práctica profesional, argumentada tanto en cuestiones técnicas como en un enfoque jurídico de derechos humanos (Goffman, 1970; Basaglia, 1964; Cooper, 1974; Mansell & Ericsson, 1996). Esta corriente crítica con la institucionalización, a la que contribuyeron los movimientos de vida independiente<sup>8</sup> y

<sup>8</sup> El Movimiento de Vida Independiente (MVI) nace a finales de los años 60 en Estados Unidos, fruto de la acción colectiva de personas que necesitaban asistencia personal en su vida cotidiana. Su objetivo era lograr que las personas con diversidad funcional vivieran y participaran en la comunidad, eliminando las discriminaciones que sufrían. La filosofía del MVI se recoge en su lema "Nada sobre nosotros sin nosotros"



sobre la que se ha ido construyendo evidencia científica en las últimas décadas, señala **algunos aspectos característicos de la cultura institucional que tienen un efecto negativo en los resultados de la atención a las necesidades de cuidados y apoyos:**

- La falta de integración del marco de derechos humanos en la cultura institucional.
- Las consecuencias negativas de la institucionalización sobre la salud y el bienestar de las personas con necesidades de cuidados y sus familias.
- El impacto del modelo institucional de cuidados sobre los y las profesionales que trabajan en los sistemas de protección social.
- La falta de consideración de las evidencias sobre el coste-efectividad de los modelos de cuidados y apoyos basados en la comunidad.

### Falta de integración del marco de derechos humanos

La institucionalización representa una forma de segregación y discriminación (FRA, 2018b). En las instituciones se limita la autonomía y la capacidad de elección de las personas, en un contexto de aislamiento social que a veces llega al abandono. La pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto muchas de estas deficiencias, exponiendo al mismo tiempo a las personas residentes a mayores riesgos de infección, enfermedad grave y muerte prematura (WHO Europe, 2022).

Vivir sin discriminación, contar con igualdad de condiciones y oportunidades y con suficiente control sobre la propia vida en entornos en los que se desarrollan relaciones significativas e incluidos en la comunidad es un derecho de cada persona. Este cuerpo de derechos se ha promulgado, a partir de los años noventa, en una serie de convenciones internacionales que se convierten en obligación de los Estados firmantes. En concreto, la vida independiente en la comunidad tiene su anclaje jurídico, entre otros, en estos artículos:

- El artículo 19 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece el derecho a vivir de forma independiente en la comunidad (OHCHR - CRPD, 2017).
- El artículo 20 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia (CDN) reconoce la obligación del Estado de proporcionar protección especial a los niños y niñas privados de su medio familiar y asegurar que puedan beneficiarse de cuidados que sustituyan la atención familiar (UN CRC, 2013).

### Consecuencias negativas de la institucionalización sobre la salud y el bienestar de las personas con necesidades de cuidados y sus familias

Existe un amplio consenso científico sobre los impactos negativos de la institucionalización sobre el bienestar, la posibilidad de realizar proyectos de vida y el desarrollo personal, cognitivo y fisiológico en la infancia (Boyce et al., 2020; Van Ijzendoorn et al., 2020), en las personas con discapacidad (McCarron et al., 2019), las

---

y se estructura en los siguientes principios: desinstitucionalización; autodeterminación; no discriminación; desmedicalización; autogestión de los apoyos; y apoyo entre iguales. Esta propuesta se traslada a Europa en los años 80 y a España en los años 2000. En la actualidad existen diversas redes y entidades que forman parte del MVI; en el caso de España, algunas de estas organizaciones son el Foro de Vida Independiente y Divertad (FVID) o la Federación de Vida Independiente (FEVI).



personas mayores (Gardiner et al., 2020) y otras personas con necesidad de cuidados y apoyos. Numerosos estudios demuestran que la vida en instituciones supone un empeoramiento en los indicadores de calidad de vida, además de limitar severamente la autonomía y la autodeterminación para desarrollar un proyecto de vida elegido.

**Las consecuencias de la institucionalización en la infancia** afectan el desarrollo físico y emocional, las capacidades de inclusión y la transición hacia la vida adulta (Boyce et al., 2020). La desinstitucionalización del cuidado infantil es una cuestión cada vez más importante en la agenda internacional, ya que millones de niños y niñas siguen creciendo en instituciones (Desmond et al., 2020). Un informe de personas expertas señala que los niños, niñas y adolescentes que han pasado por instituciones tienden a experimentar condiciones de salud física deficientes y a presentar daños psicológicos irreversibles y constata que la exposición al cuidado institucional está asociada a un desarrollo físico, cognitivo y socioemocional lento (Goldman et al., 2020; van Ijzendoorn et al., 2020). La opinión de los expertos sugiere que cuanto mayor sea el tiempo de exposición en entornos institucionales, menores serán las posibilidades de recuperación y mayores las dificultades para adaptarse a una relación de confianza y afecto de tipo intrafamiliar (Berens & Nelson, 2015).

**En el caso de las personas sin hogar, diversos estudios muestran que los mejores resultados se obtienen fuera del marco del cuidado institucionalizador**, ofreciendo evidencias de mejoras provocadas particularmente por el modelo *Housing First* (Hogar Sí & Provivienda, 2021; Goering et al., 2014). Estos resultados se perciben en ámbitos tales como la satisfacción de necesidades básicas, las fuentes de ingresos, la salud mental, la calidad de vida y la capacidad de funcionar en la comunidad. Los mismos estudios también reportan mejoras en la percepción del apoyo social disponible, de la seguridad y de la propia vida en general.

**En lo que a las personas mayores se refiere**, la institucionalización tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida (de Medeiros et al., 2020); destacan aspectos tales como un peor estado de salud (Magalhães Vitorino et al., 2013), mayores niveles de dependencia (Villar et al., 2021), menor capacidad para tomar decisiones (Brownie, Horstmanshof & Garbutt, 2014) y menor participación en actividades de ocio (Magalhães Vitorino et al., 2013). Asimismo, se ha documentado que la prevalencia de soledad (moderada y severa) entre las personas mayores institucionalizadas es elevada, indicando una falta de vínculos sociales significativos, a falta de una investigación más detallada (Gardiner et al., 2020).

**En cuanto a las familias de las personas con necesidades de cuidados y apoyos**, la institucionalización de un ser querido se ha identificado como un acontecimiento estresante importante que puede tener un gran impacto sobre la salud mental y física de las personas cuidadoras (Infurna, Gerstorff & Zarit, 2013). Aunque la decisión de pasar de los cuidados familiares a los cuidados en un recurso institucional puede suponer un alivio de la carga cotidiana del cuidado, reduciendo algunos de los estresores asociados a la fase de cuidados familiares en el domicilio, es frecuente que surjan nuevos factores estresantes, esta vez vinculados al cuidado institucional. Así, la institucionalización no pone fin a las tareas de cuidado de la familia, sino que hace que cambien las funciones y las responsabilidades (Chen et al., 2007), suponiendo, de hecho, una transición clave en el proceso de cuidado.



Tras la institucionalización, los y las cuidadoras familiares pueden experimentar estrés y culpabilidad y necesitarán un período de ajuste mientras se adaptan a su nuevo rol y sus nuevas responsabilidades como cuidadores de un familiar institucionalizado. Así, los cuidadores describen con mayor frecuencia sentimientos negativos: la mayoría afirma sentir pena, tristeza y dolor, seguidos de culpa (Sánchez-Izquierdo Alonso, Prieto Ursúa & Caperos, 2017). Además, los resultados muestran que la institucionalización parece reducir la carga de los cuidadores, pero no parece tener un impacto en su sensación de ansiedad, depresión, satisfacción o calidad de vida. Esta falta de mejoría puede estar relacionada con factores individuales como el sentimiento de culpa o de falta de utilidad, factores sistémicos como la dificultad para afrontar el coste de la institucionalización y factores organizativos, ya que los cuidadores familiares pueden estar en desacuerdo con los cuidados recibidos por su familiar y sufrir conflictos con la rigidez organizativa de la institución.

### **Impacto del modelo institucional de cuidados sobre los y las profesionales que trabajan en los sistemas de protección social**

Las consecuencias negativas de la institucionalización no inciden únicamente sobre las personas con necesidades de cuidados y apoyos y sus familiares, sino que también lo hacen sobre los y las profesionales que trabajan en los sistemas de protección social. Las condiciones de trabajo en estos sistemas y, más concretamente, en el modelo institucional de cuidados y apoyos, impactan sobre el desarrollo y el bienestar de los y las profesionales de un sector caracterizado por el escaso reconocimiento material y simbólico que se les concede a las tareas de cuidados y por el reto que supone la actual tasa de envejecimiento de la población para la sostenibilidad del sector.

Tal y como recoge el informe de Eurofound (2020) *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, el sector de los cuidados de larga duración emplea a una proporción cada vez mayor de trabajadores en la UE, al mismo tiempo que experimenta una creciente escasez de personal. La mano de obra es mayoritariamente femenina, con una proporción relativamente grande y creciente de profesionales de 50 años o más y una gran presencia de personas migrantes. Además, hay que considerar el trabajo no declarado en el sector, que se presenta de forma desigual en el territorio europeo pero que en España alcanza cifras de importancia, llegando al 32% del total del empleo en servicios personales del hogar en 2019 (Mercader Uguina et al., 2020).

Respecto a las condiciones específicas de trabajo, el Informe de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero et al., 2022) muestra que, en 2020, una persona trabajadora en atención a la dependencia cobraba un salario bruto anual de 18.876 €, una cifra muy inferior a la ganancia medida anual por trabajador en España en ese año, que fue de 25.165 €. El trabajo se suele realizar además en condiciones de precariedad y temporalidad, con solo un 41,5% de contratos indefinidos a tiempo completo según los datos de afiliados a la Seguridad Social de los Servicios Sociales.

Las condiciones mencionadas tienen un impacto sobre la salud y el bienestar de los y las trabajadoras, que sufren una alta incidencia de trastornos asociados a la ansiedad, el estrés y la depresión. Todo ello afecta a la calidad de la atención que reciben las personas con necesidades de apoyo en el sector de los cuidados institucionales,



especialmente aquellas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad o, como dejó claro la experiencia del COVID-19, cuando se enfrentan crisis colectivas.

### **Falta de consideración de las evidencias sobre la coste-efectividad de los modelos de cuidados y apoyos basados en la comunidad**

Por último, varios estudios han analizado la situación en los países europeos y las políticas de cuidados (Mansell et al., 2007a) desde la perspectiva de los costes de las opciones de vida en instituciones en comparación con los planes de vida basados en la comunidad (Mansell et al., 2007b). En base a estos estudios, grupos profesionales presentaron una declaración que afirma que existen pruebas científicas suficientes de que **las alternativas comunitarias presentan una mejor ratio coste-resultado** (Mansell & Beadle-Brown, 2010, 2011). Existen múltiples evidencias que demuestran que la atención en instituciones es más costosa que los servicios desarrollados en la comunidad, especialmente en la infancia (Eurochild et al., 2014) y en las personas en situación de sinhogarismo (Blood et al., 2021; EC, 2021).

En el caso de la protección de la infancia, algunas investigaciones concluyen que **el acogimiento institucional es hasta seis veces más caro que la prestación de apoyos personalizados a familias vulnerables**, tres veces más caro que el acogimiento profesional y dos veces más caro que las residencias comunitarias o los hogares para grupos pequeños (Browne, 2009).

En cuanto a la desinstitucionalización de las personas sin hogar a través de programas *Housing First*, las evaluaciones existentes constatan que este modelo genera ahorros elevados, compensa los costes de forma significativa y logra resultados en las personas netamente superiores a las alternativas existentes, lo que lo convierte en un modelo más eficiente (Ly & Latimer, 2015; Hogar Sí & Provivienda, 2021). Si bien los programas *Housing First* requieren de una financiación considerable, el dato clave que acredita la pertinencia de la inversión son las **altas tasas de retención del alojamiento** (Busch-Geertsema, 2013), que ascienden al 96,06% en el caso de España y que se complementan con el **incremento de la satisfacción de las personas participantes** (Hogar Sí & Provivienda, 2021).

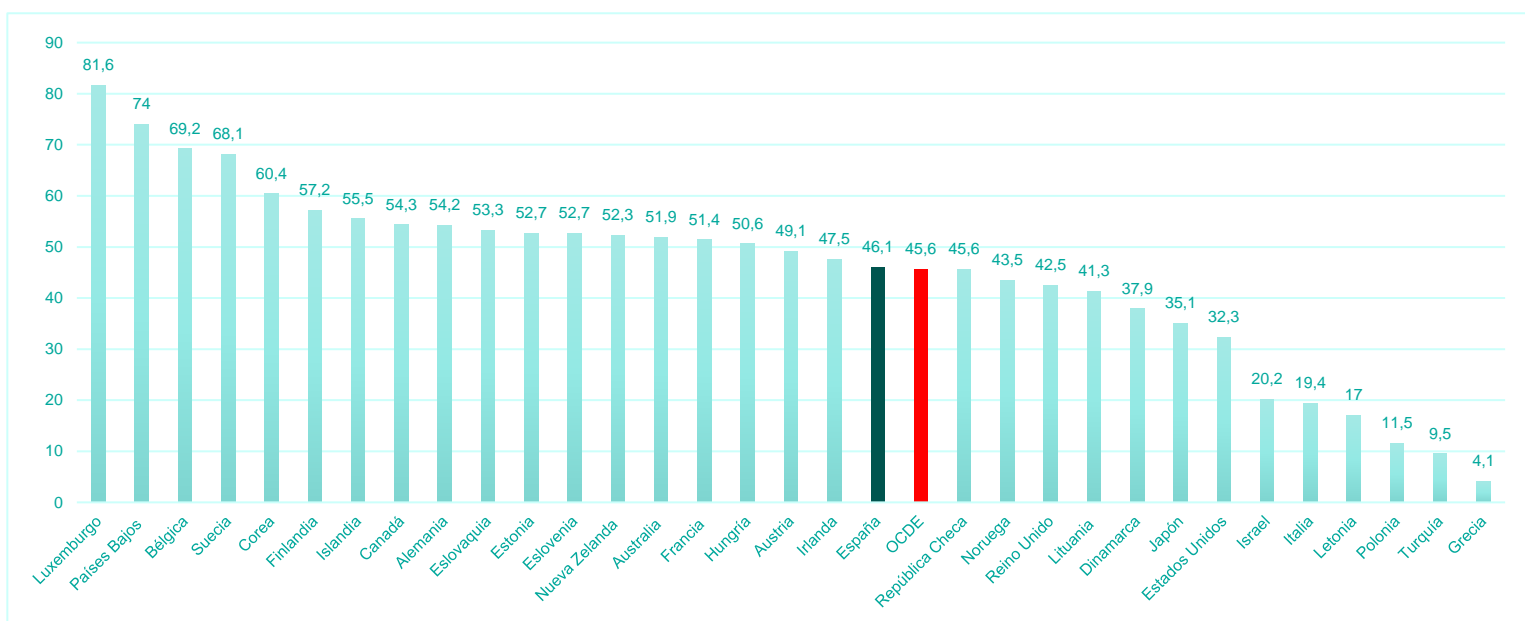
Por último, en el caso de las personas mayores, diferentes estudios que analizan el coste-eficiencia de la atención comunitaria aportan **evidencias de la contención de costes y de un menor ritmo de crecimiento del gasto** (Curioni, 2023; Kari, 2022; SIIS, 2011; Singh, 2022). La revisión de la literatura internacional señala que algunas intervenciones son más claramente costo-efectivas que otras, entre las que destacan la gestión de casos (o coordinación de apoyos), las ayudas de base tecnológica y aquellas dirigidas a la adaptación de la vivienda, los programas de autocuidado, el alojamiento integrado en la comunidad y la atención intermedia (SIIS, 2011). Las limitaciones de los estudios y la necesidad de contar con un mayor número de evaluaciones provocan que estos datos no sean concluyentes, particularmente respecto a aquellas intervenciones cuyos resultados en términos de coste-efectividad no son tan claros.

Sin embargo, a pesar de toda esta evidencia, **la atención en instituciones sigue siendo un modelo de apoyos generalizado a nivel mundial**. De hecho, solo una de cada tres personas mayores con necesidades de cuidados puede acceder a cuidados



de base comunitaria (Comisión Europea, 2021). Algunas excepciones a esta tendencia son países como Suecia, Noruega, Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos, Canadá o Australia, que optaron hace unas décadas por un modelo de atención no institucionalizado, apostando por el desarrollo de servicios comunitarios (Díaz-Veiga, 2022; Eurochild et al., 2014; FRA, 2018b). Como se puede observar en el siguiente gráfico, estos -y otros- países han reducido progresivamente el número de camas disponibles para cuidados de larga duración en instituciones y hospitales, incluso en aquellos países que presentan altas de envejecimiento.

**Gráfico 1.** Camas para cuidados de larga duración en instituciones y hospitales, 2019 (o año más próximo).



Fuente: *Health at a Glance 2021* (OECD, 2021).





## 1.2. Evolución de la normativa internacional y en España

### IDEAS FUERZA

- Los principales Tratados y Acuerdos internacionales en materia de derechos humanos recogen **mandatos claros para avanzar hacia modelos de apoyo y cuidados personalizados y comunitarios**.
- Pese a haber ratificado estos acuerdos, **España se encuentra todavía en un estadio inicial en el desarrollo de procesos de desinstitucionalización y de implementación de un enfoque comunitario en la provisión de apoyos y cuidados**.
- **El desarrollo de normas y orientaciones se suele concretar en base a necesidades y colectivos específicos de atención**, lo que dificulta la atención centrada en la persona y el enfoque interseccional de las políticas y servicios.
- Existen **escasas referencias a la desinstitucionalización y el enfoque comunitario en la normativa estatal y autonómica**, aunque la promoción de la autonomía personal y la atención centrada en la persona aparecen como principios de intervención en el último Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de 2023.
- **El desarrollo normativo en España no es suficiente para la aplicación efectiva del enfoque comunitario** en el modelo de apoyos y cuidados, por lo que se requiere un cambio legislativo, en línea con otros países y los pasos incipientes que están dando algunas comunidades autónomas y a nivel estatal.

En este apartado se presenta un análisis general del marco normativo relacionado con la desinstitucionalización a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico. Se identifican los mandatos internacionales relacionados con la desinstitucionalización y se analiza cómo estos mandatos se han trasladado a la normativa nacional y autonómica. Una descripción detallada de la normativa revisada se puede consultar en el [Anexo 2. Análisis del marco normativo sobre desinstitucionalización](#).

Se plantean a partir de este análisis algunas reflexiones sobre las implicaciones de la normativa actual de cara al proceso de transformación de los sistemas de apoyo y cuidados hacia la desinstitucionalización y la vida en la comunidad. Cabe hacer la consideración de que, en el momento de elaborar esta Estrategia, se están promoviendo algunos cambios normativos relevantes a nivel estatal y autonómico que podrían tener un impacto directo en la evolución del modelo de apoyo y cuidados.



### 1.2.1. Normativa internacional

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (DUDDHH) de 1948 es el marco más general para la promoción de los derechos de las personas, su autonomía y un modelo de vida independiente. La DUDDHH reconoce, entre otros aspectos, la igualdad de todas las personas (art. 1), sus derechos y libertades (art. 2) y la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad (art. 22).

La DUDDHH reconoce así la singularidad de cada persona e insta a promover su autonomía a través del reconocimiento de su capacidad de elección sobre los aspectos básicos de su vida, como el lugar y la manera en que quiere desarrollarla. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por España en 1977, recoge asimismo varios de estos aspectos, como el derecho a la seguridad social (art. 9), la protección de la infancia (art. 10.3), la vivienda adecuada y la mejora continua de las condiciones de existencia (art. 11) o la salud física y mental (art. 12).

De este marco general de derechos humanos surgen otros acuerdos internacionales ratificados por España relacionados con los modelos de cuidados para personas con necesidades de apoyo. En cuanto a las personas con discapacidad, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD)**<sup>9</sup>, adoptada en 2006, recoge en su artículo 19 el derecho de todas las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. El artículo establece el derecho de las personas con discapacidad a elegir su lugar de residencia y con quién vivir, a tener acceso a servicios de asistencia domiciliar y residencial y también a recibir servicios de apoyo de la comunidad que puedan utilizar en igualdad de condiciones, de modo que se facilite su inclusión en la comunidad y se evite su aislamiento o separación de esta.

Respecto a la aplicación de este artículo 19 en España, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), en su documento de Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España (2019), identificó varias cuestiones que estarían dificultando la aplicación de la CDPD en España, en concreto:

- El limitado acceso a la asistencia personal, a pesar de la evolución positiva en algunas comunidades autónomas, debido a criterios no personalizados de admisibilidad y a la falta de un enfoque de apoyo personalizado basado en los derechos humanos.
- La persistencia de las inversiones públicas en la construcción de nuevas instituciones residenciales para personas con discapacidad.
- La ausencia de una estrategia y un plan de acción para la desinstitutionalización que promuevan la vida independiente de todas las personas con discapacidad en su comunidad.

<sup>9</sup> Jefatura del Estado, Instrumento de Ratificación, de 23 de noviembre de 2007, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE, 21/04/2008.



Por ello, el Comité hizo una serie de **recomendaciones** al Estado español, dirigidas a subsanar esta situación, solicitando el reconocimiento en la legislación del derecho a la asistencia personal, la suspensión de la utilización de fondos públicos en la construcción de instituciones residenciales para personas con discapacidad y la inversión en sistemas de vida independiente en la comunidad y en servicios generales inclusivos y accesibles; estas recomendaciones también incluían el diseño y **adopción de una estrategia integral de desinstitucionalización** que garantice el derecho de las personas a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad.

Como ya se ha señalado, el CRPD publicó en octubre de 2022 las *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, que instan a los Estados partes a poner fin a la institucionalización y que complementan las directrices del Comité sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad (art. 14) y la observación general número 5 del Comité sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19 de la Convención). Esta observación hace hincapié en las obligaciones de los Estados parte, señalando que “la obligación de respetar no solo tiene un aspecto negativo; su aspecto positivo exige a los Estados parte que adopten todas las medidas necesarias para garantizar que los derechos consagrados en el artículo 19 no sean vulnerados por el Estado o por entidades privadas”. Se refiere específicamente al derecho a elegir la propia residencia y a dónde, cómo y con quién vivir (artículo 19a), al derecho a acceder a servicios de apoyo individualizados y evaluados (artículo 19b) y al derecho a acceder a las instalaciones de servicios (artículo 19c).

Siguiendo estas directrices, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas publicó en enero de 2023 el informe *Transformación de los servicios para las personas con discapacidad*<sup>10</sup>, en el que describe cómo los servicios y apoyos tradicionales dificultan a menudo la autonomía y la autodeterminación de las personas y ofrece recomendaciones para la transformación del modelo de cuidados.

Con relación a la población infantil, la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**<sup>11</sup> reconoce a todas las personas menores de 18 años como sujetos de pleno derecho. Este tratado establece los derechos en sus 54 artículos y protocolos facultativos, definiendo los derechos humanos básicos que deben disfrutar todos los niños, niñas y adolescentes. Los cuatro principios fundamentales de la CDN son:

- La no discriminación.
- El interés superior del niño, niña o adolescente.
- El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo.
- La participación infantil.

En su artículo 9, la CDN señala la obligación de los Estados de velar por la no separación de niños, niñas y adolescentes de sus progenitores, excepto cuando las autoridades

---

<sup>10</sup> Consejo de Derechos Humanos, Transformación de los servicios para las personas con discapacidad - Informe del Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Gerard Quinn, ONU, 28/12/2022

<sup>11</sup> Jefatura del Estado, Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE, 31/12/1990



competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño, niña o adolescente.

Asimismo, el artículo 20 establece que “los y las menores temporal o permanentemente privados de su medio familiar, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado, que consistirá, entre otras cosas, en la colocación en hogares de guarda, la *kafala* del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores”.

El 20 de noviembre de 2009, para conmemorar el 20 aniversario de la CDN, la Asamblea General de Naciones Unidas publicó la resolución 64/142 sobre **Directrices sobre las Modalidades Alternativas del Cuidado de los Niños**<sup>12</sup>. En este documento se establece lo siguiente:

- El recurso al acogimiento residencial debería limitarse a los casos en que ese entorno fuera específicamente apropiado, necesario y constructivo para el niño, niña o adolescente interesado y redundase en favor de su interés superior (principio 21).
- El acogimiento alternativo de los niños y niñas de corta edad, especialmente aquellos de menos de 3 años, debería ejercerse en un ámbito familiar. Pueden admitirse excepciones a este principio para evitar la separación de los hermanos y en los casos en que el acogimiento tenga carácter de urgencia o sea por un tiempo prefijado y muy limitado, al finalizar el cual esté prevista la reintegración en la familia u otra solución apropiada de acogimiento a largo plazo (principio 22).
- Durante todo el período de acogida, [las agencias y los centros de acogida] deberían fijarse sistemáticamente como objetivo la preparación del niño, niña o adolescente para asumir su independencia e integrarse plenamente en la comunidad, en particular su preparación para la vida cotidiana y el trato social, que se fomenta mediante la participación en la vida de la comunidad local (principio 131).

En lo que respecta a las personas mayores, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó en 2012 la **resolución 67/139. Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad**, en la que se instaba a los Estados Parte a crear un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas mayores, no elaborado hasta la fecha.

En su **resolución 46/91** sobre la ejecución del **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas**<sup>13</sup>, Naciones Unidas alienta a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sea posible los siguientes principios:

- Las personas mayores deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades (principio 5).

<sup>12</sup> Resolución 64/142 sobre Directrices sobre las Modalidades Alternativas del Cuidado de los Niños, 64ª sesión plenaria, febrero de 2010

<sup>13</sup> Resolución 46/91, Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas, 74ª sesión plenaria, diciembre de 1991



- Las personas mayores deberán estar incluidas 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 pericias con las generaciones más jóvenes (principio 7).
- Las personas mayores 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 (principio 10).

Por otra parte, aunque no todas las personas de edad avanzada presentan discapacidades, muchos de los artículos de la CDPD son pertinentes para este grupo, dado el riesgo de discapacidad asociado al aumento de la edad.

En cuanto a la protección de los derechos de las personas en situación de sinhogarismo<sup>14</sup>, no existen por el momento instrumentos jurídicos específicos de ámbito internacional. La Relatora especial de Naciones Unidas sobre vivienda adecuada proporcionó en 2020 unas **Directrices para la aplicación del derecho a una vivienda adecuada**<sup>15</sup> en las que insta a los Estados, entre otras cuestiones, a que garanticen la participación de grupos vulnerables en el diseño de soluciones de vivienda que den respuesta a sus necesidades (recomendación 3.c). Por otra parte, el informe sobre vivienda adecuada en España del relator de Naciones Unidas en su visita de 2006<sup>16</sup> analizó la situación de algunos grupos vulnerables, como las personas mayores o las personas con discapacidad, señalando problemas de accesibilidad limitantes de la autonomía de las personas, llegando a hablar de “confinamiento forzoso” de las personas. En el caso de las personas sin hogar, el informe expresa la necesidad de diseñar políticas de vivienda que respondan a las necesidades de estas personas y garanticen su derecho a la vivienda.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados por Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de prosperidad, recogen también aspectos esenciales para la promoción de la autonomía de las personas, la vida en la comunidad y los derechos de grupos de personas vulnerables afectados por la institucionalización. En concreto, diferentes metas de los Objetivos 4 (educación de calidad), 8 (trabajo digno y crecimiento económico), 10 (reducción de las desigualdades), 11 (ciudades y comunidades sostenibles) y 17 (asociación para el logro de los objetivos) se pueden relacionar con distintos aspectos de la desinstitucionalización. En este sentido, y enlazando con el siguiente punto, la Unión Europea se ha comprometido a aplicar los ODS, estableciendo en cada uno de los objetivos las medidas que tiene previsto adoptar. Por ejemplo, en el objetivo 10 (reducción de las desigualdades) la UE apoya acciones para “mejorar los servicios sociales y garantizar el acceso a la protección social”.

<sup>14</sup> El Parlamento Europeo adoptó la Resolución de 24 de noviembre de 2020, sobre cómo abordar los porcentajes de personas sin hogar en la Unión Europea [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0314\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0314_ES.html)

<sup>15</sup> Consejo de Derechos Humanos, Directrices para la Aplicación del Derecho a una Vivienda Adecuada - Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto. ONU, 26/12/2019

<sup>16</sup> Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, Sr. Miloon Kothari -MISIÓN A ESPAÑA, ONU, 7/2/2008





## 1.2.2. Normativa europea

En el ámbito europeo existe también un amplio consenso político sobre la transición de un modelo basado en instituciones a uno comunitario en la atención a las personas con necesidades de apoyos y cuidados. A continuación, se recogen las principales normas acordadas a nivel europeo que requieren a los Estados miembro de la UE que, de manera implícita o explícita, promuevan la autonomía y la vida independiente de las personas en la comunidad.

- El **Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales** de 1950<sup>17</sup> establece que ninguna persona estará sujeta a tortura, tratos inhumanos y degradantes o castigos (art. 3) y reconoce el derecho al respeto a la privacidad y a la vida familiar (art. 8).
- La **Carta Social Europea**<sup>18</sup>, en vigor desde 1965, proporciona a la ciudadanía europea derechos y libertades fundamentales en materia civil, política, social y económica. En el ámbito de la vivienda señala, entre otros mandatos, la reducción del número de personas sin hogar y el acceso universal asegurado a la vivienda decente y asequible. En el ámbito de la protección legal y social recoge, entre otros aspectos, el estatuto jurídico de la infancia y su derecho a ser cuidada, el derecho a la seguridad social, al bienestar social y a los servicios sociales, así como el derecho a ser protegido contra la pobreza y la exclusión social.
- La **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**<sup>19</sup> recoge algunos mandatos esenciales para la articulación de sistemas de cuidados que promuevan la autonomía y la participación de la persona en la comunidad, como la inviolabilidad de la dignidad humana (art. 1), la integridad física y psíquica de la persona (art. 3), su libertad y seguridad (art. 6), la prohibición de la discriminación (art. 21), el interés superior del menor (art. 24), el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural (art. 25) o las medidas que garanticen la autonomía, la integración social y profesional y la participación en la comunidad de las personas con discapacidad (art. 26).
- Por su parte, el **Pilar Europeo de Derechos Sociales**<sup>20</sup> contiene una veintena de objetivos de derechos subjetivos que pretenden actualizar los estándares de protección social y las condiciones de trabajo para hacer frente al desempleo y la precarización, apoyando los Estados del Bienestar nacionales y reequilibrando la dimensión social y económica de la Unión Europea. Para hacer realidad estos principios, en marzo de 2021 la Comisión presentó el Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales.

<sup>17</sup> Consejo de Europa, Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, Roma, 4.XI.1950

<sup>18</sup> Jefatura del Estado, Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996. BOE, 11/06/2021.

<sup>19</sup> Comunidades europeas, Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2000/c 364/01) / Charter of fundamental rights of the European Union. Bruselas, Diario oficial de las comunidades europeas, 2000, 22 p. 35 p.

<sup>20</sup> Pilar europeo de Derechos Sociales. Parlamento europeo, Consejo de la Unión Europea y Comisión Europea, 2017.





Entre los principios que establece el Pilar, se hallan los siguientes:

<p><b>Principio 11:</b></p> <p>Los niños y niñas tienen derecho a la protección contra la pobreza. Los niños y niñas procedentes de entornos desfavorecidos tienen derecho a medidas específicas destinadas a promover la igualdad de oportunidades.</p>	<p>En línea con este principio, la Comisión Europea ha elaborado una <u>Estrategia europea sobre los Derechos del Niño</u>, con la que se persigue que se respeten los derechos de la población infantil y situarla en el centro de la elaboración de las políticas de la UE.</p>
<p><b>Principio 17:</b></p> <p>Las personas con discapacidad tienen derecho a una ayuda a la renta que garantice una vida digna, a servicios que les permitan participar en el mercado laboral y en la sociedad y a un entorno de trabajo adaptado a sus necesidades.</p>	<p>De este principio deriva la <u>Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030</u>, uno de cuyos temas centrales es la promoción de la vida independiente y la autonomía de las personas con discapacidad, y la Recomendación del Consejo 2021/1004 de 2021, que establece la Garantía Infantil Europea.</p>
<p><b>Principio 18:</b></p> <p>Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios.</p>	<p>Para su cumplimiento, la Comisión Europea publicó en 2022 la <u>Estrategia Europea de Cuidados</u> para personas cuidadoras y para quienes reciben cuidados. Entre otras medidas, pretende reorientar el debate europeo en materia de cuidados hacia un modelo de asistencia sostenible y basado en los derechos humanos que fomente la igualdad de género en los cuidados, tanto profesionales como no profesionales, y garantice la dignidad humana, la vida independiente y la inclusión en la comunidad.</p>
<p><b>Principio 19:</b></p> <p>Deberá proporcionarse acceso a viviendas sociales o ayudas a la vivienda de buena calidad a aquellas personas que lo necesiten. Asimismo, deberá facilitarse a las personas sin hogar un alojamiento y los servicios adecuados con el fin de promover su inclusión social.</p>	<p>Como resultado de este principio, la Comisión Europea puso en marcha en 2021 la <u>Plataforma Europea para combatir el Sinhogarismo</u>, que persigue que todos los agentes adheridos se comprometan a aumentar sus esfuerzos para hacer frente al sinhogarismo, mediante la prevención y la aplicación de un enfoque integral en materia de vivienda.</p> <p>En el acto de lanzamiento de la Plataforma, los Estados Miembro firmaron la <i>Declaración de Lisboa sobre la Plataforma Europea para combatir el Sinhogarismo</i><sup>21</sup>, por la que se comprometen a promover soluciones adecuadas de vivienda para las personas en situación de sinhogarismo.</p>

<sup>21</sup> Plataforma Europea para combatir el Sinhogarismo, Declaración de Lisboa sobre la Plataforma Europea para combatir el Sinhogarismo (2021)



- Con relación a las personas mayores, la **Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración**<sup>22</sup> parte de la necesidad de garantizar los siguientes derechos:
  - Libertad de elección: el derecho a llevar una vida tan autónoma e independiente como le permitan sus capacidades físicas y mentales, y a recibir consejos y soporte para ello (artículo 2.1.).
  - Soporte a la toma de decisiones: promover espacios de reflexión para considerar con tranquilidad sus decisiones y tener acceso a documentos, recibir información, consejo y orientaciones independientes para poder decidir sobre su vida.
  - Eliminación de restricciones a su autodeterminación: las personas mayores no pueden estar sometidas a ninguna forma de limitación física o mental, salvo que responda a un riesgo potencial.
  - Calidad de los cuidados: las personas mayores tienen el derecho a recibir servicios de salud y de cuidados de larga duración, oportunos y financieramente abordables, que sean adaptados a sus necesidades y deseos individuales, y sin ningún tipo de discriminación.

Finalmente, existen otros instrumentos que, sin ser vinculantes, orientan la acción de los Estados de la Unión Europea hacia soluciones no institucionalizadoras, como la Comunicación de la Comisión sobre la Estrategia Europea de Cuidado (2022), la Estrategia Europea sobre los Derechos de la Infancia (2021) o la Resolución del Parlamento Europeo, de 2021, sobre el acceso a una vivienda digna y asequible para todas las personas.

### 1.2.3. Marco jurídico nacional

La desinstitucionalización tiene todavía una presencia limitada en la normativa y la regulación en España. El informe sobre el progreso de la transición de un modelo de atención institucional hacia uno comunitario en los 27 países miembro de la UE<sup>23</sup> señala cómo la política española parece “no hacer ninguna referencia a la desinstitucionalización y a la vida en la comunidad para ninguno de los cuatro grupos que aborda” (personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, personas sin hogar y personas mayores dependientes).

<sup>22</sup> *Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración* / European charter of rights and responsibilities of older people in need of long term and assistance. Accompanying guide. [s.l.], EUSTaCEA Project 'A European Strategy to fight elder abuse, 2011, 15 p.

<sup>23</sup> Šiška, J., Beadle-Brown, J., *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member states*. European Commission, 2020, 124 p.  
<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>



En la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**<sup>24</sup>, no se hace referencia a la desinstitucionalización y conceptos como vida independiente o autodeterminación son poco relevantes, si bien la autonomía personal forma parte del propio título de la Ley; de hecho, las referencias a la vida independiente se hacen en el artículo 2, cuando se define la asistencia personal. No obstante, en la Ley y en sus posteriores desarrollos se describe el servicio de teleasistencia y se prevén prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, si bien con carácter excepcional (art. 18); también se recogen la asistencia personal (art. 19) y el servicio de ayuda a domicilio (art. 23), este en su doble modalidad de atención personal para la realización de actividades de la vida diaria y servicios relacionados con la atención a necesidades domésticas del hogar.

El **Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales**<sup>25</sup>, aprobado en enero de 2023, estableció por primera vez unos mínimos comunes estatales en materia de servicios sociales y señala la priorización de los cuidados y apoyos en la comunidad frente a la institucionalización:

#### **Artículo 8. Principios orientadores de la intervención:**

- c) Atención centrada en la persona. Se promoverá que los cuidados y apoyos sociales se centren en la persona, según sus necesidades, preferencias y voluntad, y se presten de forma personalizada, integral, integrada y continua, favoreciendo una actuación transversal, holística, coordinada y comunitaria.
- f) Promoción de la vida independiente, autonomía, el desarrollo personal y la autodeterminación. Las intervenciones se diseñarán por y para garantizar la autodeterminación y el desarrollo de proyectos vitales elegidos.
- g) Priorización de los cuidados y apoyos en la comunidad. Frente a la institucionalización, se procurará la prestación de apoyos y cuidados que mantengan a las personas en su medio convivencial y comunitario o que permitan a la infancia crecer en ambientes familiares.

En esta misma línea, la **Estrategia España 2050**<sup>26</sup> señala lo siguiente en su quinto desafío, dedicado a preparar el estado de bienestar para una sociedad más longeva:

<sup>24</sup> *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* Gobierno de España BOE-A-2006-21990 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

<sup>25</sup> *Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales*, 24 de enero 2023

<sup>26</sup> Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Madrid, Gobierno de España, 2021, 676 p.



#### IV. La necesidad de ofrecer cuidados de larga duración de calidad a una parte creciente de la población

El sistema de cuidados de nuestro país cambiará drásticamente en las próximas décadas. [...]. Otra de las certezas que emergen es que el foco se pondrá cada vez más en las personas. El modelo tradicional se redefinirá y surgirán nuevas formas de atención integral centradas en la persona, diseñadas para conseguir que los individuos que reciben los cuidados puedan seguir manteniendo su independencia y autonomía.

La fuerte preferencia de la población a envejecer en su casa, por un lado, y el aumento de los hogares unipersonales entre las personas de más de 65 años, por otro, plantean un reto importante para el diseño de estos futuros servicios. Lo más probable es que las residencias se transformen, evolucionando del modelo “institucional” actual a un modelo “hogar”. En paralelo, emergerán nuevas opciones, como las fórmulas de autocuidado basadas en innovaciones tecnológicas (telemedicina, apps, supervisión por Internet, adaptaciones domóticas), la cohabitación con apoyo intergeneracional entre miembros que no sean de la familia, el denominado senior *cohousing* en sus múltiples formas (viviendas colaborativas, cooperativas, colectivas), o los bancos de tiempo o voluntariado de acompañamiento orientados a evitar la soledad no deseada y fomentar la participación de estas personas en la sociedad.

Para abordar estas situaciones, la Estrategia España 2050 propone actuaciones dirigidas a transformar el sistema de cuidados de larga duración (CLD), en concreto:

##### Impulsar cambios en las formas de cuidado:

- Favoreciendo la elección de la ciudadanía sobre el lugar idóneo de cuidado (domicilio, institución, formas mixtas).
- Promoviendo el enfoque centrado en la persona como modelo ético de atención en los CLD, tanto en el domicilio como en los entornos institucionalizados.
- Impulsando el desarrollo de nuevas formas de vivienda (tuteladas, viviendas colectivas autogestionadas) y la reinversión de la atención residencial a modelos más pequeños y modulares, como las unidades de convivencia, con ambientes y entornos más hogareños y personalizados.

En lo que respecta a los diferentes grupos de personas con necesidades de apoyo, se ha revisado la normativa y los documentos de planificación más significativos para cada uno de ellos con relación al grado de avance hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. A continuación, se puede consultar una síntesis de la orientación de estas normas respecto a la desinstitucionalización. Hay que tener en cuenta que además de las normas consolidadas se han recogido también estrategias, acuerdos o



proposiciones de ley que ponen de manifiesto ciertos avances en materia de desinstitucionalización y desarrollo de un modelo de atención comunitaria.

Personas con discapacidad:

- El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, modificado por la Ley 6/2022, de 31 de marzo, hace referencia al fomento del derecho a la vida independiente y a la autonomía.
- Por su parte, la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se orienta hacia el refuerzo de la toma de decisiones, la autonomía personal desinstitucionalizada y la no discriminación.
- Por último, la desinstitucionalización figura como un reto y como una línea de trabajo específica en la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030

Personas en situación de dependencia:

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, hace hincapié en la atención personalizada y la permanencia en el entorno habitual, estableciendo prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, así como para la asistencia personal.
- Por otra parte, la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021 también recoge la permanencia de las personas mayores en el entorno donde desarrollan su vida, así como la promoción de la vida saludable e independiente, en entornos adecuados y seguros.

Niños, niñas y adolescentes:

- La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, establece, en lo que respecta a las actuaciones de protección, que las medidas familiares, estables y consensuadas tengan prioridad frente a las residenciales, temporales e impuestas, respectivamente.

Personas sin hogar:

- La Resolución de 20 de enero de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo Marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para dar solución al sinhogarismo, impulsado por la Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030, plantea el desarrollo de un enfoque orientado a la vivienda y de derechos humanos; para ello se prioriza la prevención en base a los modelos *Housing First* y *Housing Led* para revertir la institucionalización y el impulso de la prevención primaria y secundaria a través de la detección y de programas de “realojamiento rápido”.

Personas con problemas de salud mental:

- La Proposición de Ley General de Salud Mental de septiembre de 2021 hace referencia al derecho a la autonomía personal y a la garantía de una atención comunitaria integral.



- En cuanto a la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026, esta se centra en la atención personalizada y segura y en el desarrollo del modelo de recuperación en el ámbito comunitario.

La revisión que se acaba de presentar se complementa con otras normas y acuerdos de Consejo Territorial que introducen matices u operativizan aspectos relevantes, como pueden ser:

- **Dependencia:**

- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE de 18 de febrero de 2011), por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre (BOE de 18 de diciembre de 2013), por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre (BOE de 31 de diciembre de 2013), por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006.
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre (BOE de 31 de diciembre de 2013), por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006.
- Real Decreto 291/2015, de 17 de abril (BOE de 1 de mayo de 2015), por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006.
- Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD aprobado en el seno del consejo territorial el 28 de junio de 2022 (publicado por resolución de 14 de julio, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales).
- Acuerdo sobre la modificación del Real Decreto 1051/2013, de 31 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD (en este acuerdo se incluye el incremento de intensidades y cuantías del SAAD).
- Acuerdo de 12 de mayo de 2023 por el que se establecen las condiciones de acceso a la asistencia personal.

- **Infancia y adolescencia:**

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero (BOE de 17 de enero de 1996), de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio (BOE de 23 de julio de 2015), de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley 26/2015, de 28 de julio (BOE de 29 de julio de 2015), de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

- **Personas mayores:**





- Resolución de 16 de marzo de 2021 (BOE de 26 de marzo de 2021), de la Subsecretaría de Derechos Sociales y Agenda 2030, por la que se aprueba la actualización de las Cartas de servicios propuestas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

#### 1.2.4. Normativa autonómica

La legislación y los instrumentos de planificación de los servicios sociales autonómicos no hacen referencia directa a la desinstitucionalización, si bien incluyen principios relacionados con: 1) la promoción de la autonomía personal, 2) la provisión de una atención centrada en la persona y 3) la incorporación del enfoque comunitario<sup>27</sup>.

En lo que respecta a la provisión de servicios, tanto las leyes como los catálogos o carteras de servicios sociales incluyen servicios de apoyo a la vida en la comunidad que, en la mayoría de los casos, responden a dos categorías principales: servicios y prestaciones económicas<sup>28</sup>. Siguiendo la reciente revisión realizada por la OCDE de las leyes de servicios sociales autonómicas<sup>29</sup>, en la oferta de servicios sociales definida por las leyes, carteras o catálogos predominan los servicios dentro del marco de la dependencia, seguidos por las prestaciones económicas y la atención residencial, los cuales se enfocan a varios grupos de población, tanto personas mayores como niños, niñas y adolescentes y personas con discapacidad.

El informe de la OCDE señala la importancia de adaptar los servicios sociales a una nueva realidad de cambios sociodemográficos (precariedad laboral, desigualdad, diversidad familiar, inmigración, envejecimiento de la población), lo que conlleva nuevos perfiles de personas en los servicios, más complejos, que necesitan apoyos centrados en la persona, con un plan individualizado y adaptable. Esta atención centrada en la persona y la orientación del abordaje de la exclusión social a través de la interacción implica un cambio más exhaustivo de las carteras de servicios, con una presencia más importante del enfoque basado en el acompañamiento comunitario y los servicios a domicilio y menos centrado en las plazas residenciales. Es necesaria también una perspectiva que dé más importancia a los aspectos preventivos y con carácter integral (Uribe, 2019).

Más allá de los principios generales mencionados que se recogen en los instrumentos autonómicos de regulación y planificación, existen algunas tendencias que se reflejan en documentos o menciones específicas sobre la autonomía y la vida independiente para los grupos de población prioritarios para esta Estrategia, que se presentan de forma sintética a continuación<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Para ampliar la información sobre la presencia de estos principios en las diferentes leyes de servicios sociales y planes estratégicos autonómicos se puede consultar el anexo 2.

<sup>28</sup> Las leyes autonómicas de servicios sociales establecen los principios y criterios generales que inspiran el sistema y los requisitos mínimos que deben cumplir las prestaciones y servicios ofertados. Estas prestaciones y servicios que se ofertan en el territorio se concretan, a su vez, en los catálogos/cartera de servicios/prestaciones. Sin embargo, en la actualidad, únicamente siete comunidades autónomas disponen de este instrumento, por lo que en la presente revisión se ha tenido en cuenta tanto lo establecido por la ley autonómica como por el catálogo/cartera en los casos en los que estuviera disponible.

<sup>29</sup> OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España. Diseño de un nuevo marco estatal*, París, 2022

<sup>30</sup> En el anexo 2 se encuentra información ampliada al respecto.



## Personas con discapacidad

Con relación a las personas con discapacidad, existen leyes o documentos de planificación centrados en derechos, atención o apoyos orientados al fomento de la autonomía personal y a la promoción de la vida independiente, como es el caso de Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Comunidad Valenciana.

Por el contrario, en las normas centradas en la accesibilidad –como las identificadas en Canarias, Cataluña, Extremadura, Comunidad de Madrid o País Vasco–, la vida independiente y la autonomía personal no constituyen los principios fundamentales sobre los que pivotan, a excepción de las leyes de Galicia, La Rioja y Murcia.

El único texto normativo que se ha identificado que alude de forma explícita a la desinstitucionalización es la Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos.

## Personas mayores

En lo que respecta a la legislación o documentos de planificación orientados a las personas mayores, se pueden identificar las siguientes tendencias con relación al abordaje de la atención:

- **Promoción de la autonomía personal de las personas mayores y de la permanencia en su domicilio habitual.** Comunidades autónomas como Andalucía, Canarias, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Navarra orientan su legislación y sus documentos de planificación hacia la promoción de la vida independiente y el bienestar, enfatizando la participación y los apoyos comunitarios como base para la vida autónoma y la permanencia de las personas mayores en su contexto sociofamiliar.
- **Impulso a programas y servicios comunitarios.** El desarrollo de la dimensión comunitaria de los cuidados y apoyos se observa en comunidades como Asturias, Galicia, Comunidad de Madrid o Navarra, que cuentan con programas de **acogimiento familiar** cuyo objetivo es la inclusión de personas mayores de 65 años en entornos familiares en los que reciban la atención que necesitan. Por otro lado, la reciente Estrategia sociosanitaria de apoyo a las familias cuidadoras 2021-2030 del País Vasco responde a la tendencia de impulsar la permanencia en el entorno familiar-comunitario de las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad, apostando por un nuevo equilibrio del cuidado institucional y familiar-comunitario.
- **Adopción de un enfoque intergeneracional.** Esta tendencia se aprecia en las políticas orientadas a las personas mayores particularmente en el caso de Extremadura (Plan Estratégico para el Desarrollo Intergeneracional 2020-2025) y de Galicia (Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia), que fomentan la solidaridad y el intercambio intergeneracional en términos de valores, conocimientos y experiencias.
- **Transformación del modelo de cuidados de larga duración.** Algunas comunidades están reorientando su modelo de cuidados de larga duración hacia la atención centrada en la persona, tanto en el ámbito residencial como en el



conjunto del modelo –Castilla y León<sup>31</sup>, por ejemplo–, incluyendo la atención residencial y la comunitaria. Otro ejemplo es Asturias, que cuenta con la Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas (Estrategia CuidAs), cuyo objetivo es poner en el centro no solo a las personas que necesitan cuidados y apoyos, sino también a familiares y profesionales.

## Niños, niñas y adolescentes

En línea con lo establecido por la Ley estatal de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, el respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes y la consideración de su interés superior constituyen principios sobre los que se articulan las leyes autonómicas relativas a la infancia y la adolescencia. En lo que respecta a las actuaciones de protección, las leyes están orientadas a la permanencia del/la menor en el entorno familiar, constituyendo la atención residencial una medida secundaria, como es el caso de Cataluña, La Rioja o Comunidad Valenciana. En el caso de Navarra, la ley de infancia vigente hace mención expresa a la atención centrada en la persona y a la metodología comunitaria en la intervención con los niños, niñas y adolescentes.

## Personas en situación de sinhogarismo

La escasa normativa y documentos de planificación identificados específicamente destinados a las personas en situación de exclusión y/o sinhogarismo a nivel autonómico se caracteriza por:

- Adoptar un enfoque de derechos, entre el que se incluye el derecho a una vivienda.
- Incluir el respeto a la autonomía personal.
- Proveer una atención personalizada.

En el caso del País Vasco se recoge también el desarrollo de un modelo de atención comunitario (Ley 14/2022, de 22 de diciembre, del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos y para la Inclusión) y en Asturias destacan los programas integrales en materia de salud, vivienda, educación y empleo (Ley del Principado de Asturias 3/2021, de 30 de junio, de Garantía de Derechos y Prestaciones Vitales). Por su parte, en Cataluña existe una Proposición de ley de medidas transitorias y urgentes para hacer frente y erradicar el sinhogarismo que intenta superar, en materia de derecho a la vivienda, a la actual Ley 4/2016, de 23 de diciembre, de medidas de protección del derecho a la vivienda de las personas en riesgo de exclusión residencial.

---

<sup>31</sup> Informe Previo sobre el Anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León. Consejo Económico y Social de Castilla y León, 30 de noviembre 2022, 113 p.



## 1.3. Políticas y experiencias de desinstitucionalización

### IDEAS FUERZA

- Distintos **países de la Unión Europea han implantado políticas de desinstitucionalización desde hace décadas, si bien en la mayoría de los casos son sectoriales**, centrándose en grupos de población específicos.
- A pesar de los avances realizados, las cifras constatan que aún queda mucho camino por recorrer, pues **se estima que al menos 1.438.696 personas en Europa reciben cuidados en instituciones**.
- Cada vez hay **más experiencias de desinstitucionalización**, que se traducen en políticas con un enfoque orientado a derechos, planes de apoyos personalizados, asistencia personal, presupuestos personales para los apoyos autodirigidos, coproducción de servicios, desarrollo comunitario, combinación de políticas nacionales con planes locales y definición de estándares de calidad.
- **España se encuentra en una fase inicial en el desarrollo de procesos de desinstitucionalización**, impulsando iniciativas para ensayar modelos de cuidados y apoyos centrados en la atención personalizada en la comunidad.
- Estas iniciativas están innovando principalmente en tres ámbitos: **prevención y respuestas tempranas; reconfiguración de los servicios** de apoyos y cuidados; y **soluciones habitacionales o residenciales de pequeña escala en entornos comunitarios**.

#### 1.3.1. Recorrido de la desinstitucionalización en Europa

La trayectoria histórica de los países europeos en relación a la desinstitucionalización es muy diversa. Algunos países tienen un largo recorrido que se refleja en el cierre de recursos institucionales y la habilitación de servicios comunitarios centrados en la persona (Suecia, Irlanda y especialmente Escocia), mientras que otros, como España, están iniciando el camino con proyectos piloto, con un desarrollo más reciente de este tema.

Los procesos de desinstitucionalización también son heterogéneos en cuanto a su ámbito geográfico y de actuación. Inicialmente, países como Suecia, Noruega o Reino Unido transitaron de un modelo institucional a uno comunitario en la atención proporcionada, fundamentalmente, a las personas con discapacidad intelectual. Posteriormente, los procesos de desinstitucionalización han ido ampliando su alcance, si bien los países han avanzado hacia la atención comunitaria en políticas dirigidas a grupos de población concretos, excepto en el caso de Grecia, que recientemente ha



puesto en marcha el desarrollo de una estrategia nacional de desinstitucionalización dirigida a diversos grupos de población.<sup>32</sup>

**Aunque la transición hacia un modelo de vida en la comunidad empezó a gestarse en varios países en la década de los años 70 del siglo pasado, las cifras revelan que aún queda un largo camino por recorrer.** En 2004 se calculaba que el 15% de personas mayores de 65 años en Europa recibía cuidados residenciales (DG ECFIN, 2006). El estudio encargado por la Comisión Europea “Informe sobre la Transición de Cuidados Institucionales a Servicios basados en la Comunidad en 27 Países Miembros de la Unión Europea” (Šiška & Beadle-Brown, 2020) estima que al menos 1.438.696 personas permanecen en instituciones en el ámbito europeo, de las cuales 302.979 son niños, niñas y adolescentes, con o sin discapacidad (UNICEF Ecaro y Eurochild, 2021). Más de una cuarta parte de las plazas en instituciones son ocupadas por personas con discapacidad intelectual, seguido de las personas con problemas de salud mental.

El informe de Šiška y Beadle-Brown (2020) señala también que la cifra de personas en instituciones no parece haber cambiado sustancialmente en los últimos diez años. El número de niños, niñas y adolescentes que viven en residencias ha disminuido, aumentando la acogida o el retorno familiar, si bien de forma leve. De la misma manera, los servicios residenciales a pequeña escala crecen lentamente y siguen representando una minoría. Por último, se constata que en algunos países las personas permanecen más tiempo del necesario en prisiones y hospitales debido a la falta de alternativas residenciales en la comunidad.

Para afianzar la transición de los países europeos hacia modelos de cuidados basados en la comunidad existen numerosos instrumentos europeos que recogen recomendaciones para la implementación de la perspectiva comunitaria y familiar en los cuidados. La Comisión Europea publicó en septiembre de 2022 la Estrategia Europea de Cuidados, orientada a la provisión de servicios de calidad, asequibles y accesibles, así como a la mejora de la situación de quienes cuidan (profesionales y no profesionales) y de quienes reciben cuidados. La Estrategia está acompañada por dos recomendaciones para los Estados miembros: la [Recomendación del Consejo relativa a la educación y los cuidados de la primera infancia: los objetivos de Barcelona para 2030](#) y la [Recomendación del Consejo sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles](#).

En cuanto a la primera recomendación del Consejo, relativa a la educación y cuidados de la primera infancia, uno de los puntos que deben abordar los Estados miembros y que tiene que ver por una parte con la prevención de la institucionalización de niños y niñas y por otra parte con la eliminación de la brecha de género en los cuidados, es la siguiente:

- Ofrecer servicios educativos y cuidados que permitan a los padres y madres compatibilizar la crianza con un trabajo remunerado, estableciendo permisos familiares adecuados en cuanto a su duración y remuneración, incidiendo así

---

<sup>32</sup> Si bien es cierto que se encuentran referencias aisladas a estrategias nacionales de desinstitucionalización como las de [Eslovaquia](#) o [Croacia](#), cuesta determinar el grado de desarrollo de las mismas, o directamente existe constancia de que no se han alcanzado los objetivos planteados, como en el caso de Eslovaquia (ver [aquí](#) o [aquí](#)).



sobre la conciliación de la vida familiar y profesional y reduciendo la brecha de género en los cuidados.

Por su parte, la segunda recomendación del Consejo, que aborda los cuidados de larga duración, incide también en la mejora de la calidad, accesibilidad y asequibilidad de los cuidados. De forma más concreta, y entre otras medidas, insta a los Estados miembros a:

- Proveer servicios de cuidados de larga duración en todos los ámbitos (domiciliarios, residenciales y basados en la comunidad), reducir la brecha territorial en el acceso a los cuidados de larga duración y asegurar la accesibilidad para las personas con discapacidad.
- Abordar la situación de vulnerabilidad que se produce en el ámbito del trabajo doméstico, particularmente entre trabajadores migrantes, realizando regularizaciones efectivas y profesionalizando dichos trabajos.
- Establecer marcos de gobernanza que mejoren la sostenibilidad financiera mediante la garantía del coste-efectividad de los cuidados de larga duración.

Por último, la Recomendación 2021/1004 del Consejo, de 14 de junio de 2021, por la que se establece una Garantía Infantil Europea, ofrece las siguientes pautas a los Estados miembro, enfatizando la necesidad de su aplicación en todas las regiones, incluidas las zonas remotas y rurales:

- Lograr una educación inclusiva mediante la cooperación entre los centros educativos, los diferentes sistemas de protección, las comunidades locales, las familias y los agentes de la economía social, ofreciendo oportunidades para la participación cultural y recreativa.
- Garantizar el acceso efectivo a una vivienda adecuada a los niños y niñas sin hogar y sus familias, la rapidez en el traslado desde un alojamiento temporal a una vivienda permanente y la disponibilidad de servicios sociales adecuados.
- Desarrollar medidas de lucha contra la pobreza energética y de prevención del riesgo de situaciones de carencia de hogar, incidiendo en la mejora de la accesibilidad a las viviendas para los niños con discapacidad.
- Asegurar la transición de los niños desde centros u hogares de acogida hacia una atención local y en la familia de calidad, así como apoyar los procesos de inclusión social y de transición hacia una vida independiente.

La Unión Europea ha impulsado en los últimos años la transición del modelo institucional de cuidados y apoyos al modelo comunitario mediante el Fondo Social Europeo (FSE+), el Fondo de Desarrollo Regional (FEDER) o el reciente instrumento de recuperación temporal conocido como *Next Generation EU*. En la versión más reciente del reglamento por el que se establecen las normas de utilización de los fondos de la UE –conocido





como *Reglamento sobre disposiciones comunes*<sup>33</sup>—, se establece que los fondos deben "aplicarse de manera que se promueva la transición de los acogimientos institucionales a los acogimientos familiares y comunitarios". También se subraya que "los fondos no deben apoyar acciones que contribuyan a cualquier forma de segregación o exclusión y, cuando financien infraestructuras, deben garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidades".

### 1.3.2. Políticas y experiencias europeas de desinstitucionalización

Las iniciativas de desinstitucionalización que se han llevado a cabo en Europa presentan una variedad de contextos, enfoques y formas de implementación. A continuación, se ofrece una visión general de la transición de modelos institucionales de apoyos y cuidados a modelos comunitarios en función del ámbito territorial de los distintos países europeos.

En **Centroeuropa** los procesos de desinstitucionalización han girado en torno a la normalización, la inclusión, la vida en la comunidad y el reconocimiento de derechos subjetivos. Se trata de procesos que están aún en construcción y que han encontrado no pocas dificultades para desarrollar servicios comunitarios adecuados y preparar la transición de las personas a la vida en la comunidad. Los proyectos piloto y evaluaciones desarrollados en estos países han demostrado resultados positivos en las personas que han pasado a vivir en la comunidad. Austria, por ejemplo, se encuentra en un proceso de inclusión y promoción de la calidad de vida en la comunidad para personas con discapacidades y problemas de salud mental. Alemania, por su parte, ha desarrollado un sistema de cuidados comunitario de calidad, mientras que Países Bajos pone el foco en la emancipación y la autodeterminación de las personas con apoyos comunitarios, así como el desarrollo de un sistema de cuidados basado en las necesidades de cada persona (Laine & Kuusterä, 2009).

Mención aparte merece **Reino Unido**, cuyos esfuerzos en las últimas décadas para ampliar la capacidad de elección y control de las personas destinatarias de los apoyos son notorios. Las medidas implementadas incluyen los pagos directos (*personal budgets*, por ejemplo) para la adquisición de servicios, estableciendo por ley la obligación de las autoridades locales de ofrecer pagos en metálico por cualquier servicio de asistencia comunitaria a las personas con discapacidad o a sus personas cuidadoras<sup>34</sup>. En esta misma línea, también destaca el desarrollo de planes de apoyos personalizados, como el *self-directed support* (apoyos autodirigidos), que en la actualidad está siendo objeto de un proceso participativo de mejora en Escocia<sup>35</sup>.

En cuanto a los **países nórdicos**, estos constituyen un referente en materia de desinstitucionalización y de desarrollo de la atención comunitaria y personalizada. En el ámbito de la discapacidad, Dinamarca, Suecia y Noruega fueron pioneros en aplicar una

<sup>33</sup> [Reglamento \(UE\) 2021/1060 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de junio de 2021](#) por el que se establecen las disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo Plus, al Fondo de Cohesión, al Fondo de Transición Justa y al Fondo Europeo Marítimo, de Pesca y de Acuicultura, así como las normas financieras para dichos Fondos y para el Fondo de Asilo, Migración e Integración, el Fondo de Seguridad Interior y el Instrumento de Apoyo Financiero a la Gestión de Fronteras y la Política de Visados.

<sup>34</sup> [Community Care \(Direct Payments\) Act 1996](#)

<sup>35</sup> [A new Self-Directed Support Improvement Plan – share your views](#)



política de desinstitucionalización en la década de 1970, que culminó con la prohibición legal de construir instituciones asistenciales tradicionales, siendo sustituidas por alojamientos comunitarios con apoyos o por centros residenciales a menor escala (a pesar de ello, son alojamiento para entre 30 y 60 personas). Estas medidas también se han aplicado en el ámbito de la atención a las personas mayores, mediante por ejemplo la construcción de nuevas viviendas y la reconversión de antiguas residencias de personas mayores y centros de acogida. En lo que a las personas en situación de sinhogarismo respecta, Finlandia y Dinamarca aplican, desde 2007 y 2009 respectivamente, el enfoque *Housing First* en sus políticas destinadas a las personas sin hogar, habiéndose convertido en los primeros países con una estrategia nacional de sinhogarismo basada en este enfoque (Benjaminsen, 2013; Juhila et al., 2022).

Por su parte, los **países del Este de Europa** tienen una larga tradición de institucionalización y están dando pasos hacia la provisión de cuidados y apoyos en la comunidad, particularmente a través del cierre de grandes recursos institucionales y de la apertura de unidades más pequeñas, así como la gestión y formación de los y las profesionales. Bulgaria, por ejemplo, ha dirigido su atención a la desinstitucionalización de niños, niñas y adolescentes, desarrollando la infraestructura, los marcos regulatorios, la formación de profesionales y las medidas para reducir las altas en centros residenciales; en República Checa el foco se ha puesto en mejorar el cuidado y las estructuras para la transición de las personas con discapacidad a la vida en la comunidad; y en Hungría se trabaja en un proceso de transición residencial basado en hogares a pequeña escala con cuidados más personalizados y humanizados (Laine & Kuusterä, 2009).

Por último, en el **Sur de Europa** la desinstitucionalización sigue siendo uno de los grandes desafíos para las políticas de cuidados. Si bien se ha avanzado de forma importante en el reconocimiento de los derechos de las personas con necesidades de apoyos y cuidados, los recortes sociales provocados por la crisis de la primera década de este siglo han obstaculizado el desarrollo de servicios comunitarios adecuados. Adicionalmente, el sistema de cuidados se sustenta en la familia, lo que ha retrasado el desarrollo de políticas públicas dedicadas a los cuidados de larga duración (Laine & Kuusterä, 2009). No obstante, se constata la existencia de avances hacia la desinstitucionalización: en Italia el proceso se ha orientado especialmente a niños, niñas y adolescentes y a las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos, a través de la conocida reforma del sistema psiquiátrico de finales de los años 70; en Grecia se ha puesto el foco en ampliar el alcance de la estrategia, como ya se ha señalado; y en España también se está trabajando en realizar un proceso que supere la atención basada en instituciones dirigida a grupos específicos de población.

### 1.3.3. Iniciativas de desinstitucionalización en España

España se encuentra todavía en un estadio inicial en el desarrollo de procesos de desinstitucionalización y de implementación de enfoques y servicios de apoyo comunitarios. No obstante, en los últimos años **se vienen impulsando diversas iniciativas y proyectos, liderados tanto por instituciones públicas como por entidades del tercer sector de Acción Social**, con el objetivo de ensayar nuevos modelos de cuidados personalizados, orientados a la vida en la comunidad y a la autonomía de la persona. Estas iniciativas se encuentran a lo largo de la geografía



española, centradas en los grupos que son objeto preferente de esta Estrategia: personas mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad, personas en situación de sinhogarismo y niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección.

Gracias al **componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia** de los fondos europeos que introduce un **Plan de choque para la Economía de los Cuidados y el refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión** y que incluye entre las reformas *el refuerzo de la atención a la dependencia y promover el cambio de modelo de apoyos y cuidados de larga duración y la modernización de los servicios sociales públicos*, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 está invirtiendo en el *plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitucionalización, equipamientos y tecnología* desde el cual se han impulsado proyectos innovadores sobre desinstitucionalización aglutinados en la Plataforma de innovación social Vías Innovadoras para la Desinstitucionalización a través de los Aprendizajes en Sociedad (**VIDAS**), el Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios con la Universidad Carlos III de Madrid (**Proyecto EDI**), y esta Estrategia estatal de desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad.

Para la elaboración de este capítulo se han analizado en mayor profundidad cuatro casos de proyectos innovadores con más trayectoria en su implementación.<sup>36</sup> Las distintas experiencias analizadas están ensayando cambios e innovaciones principalmente en **tres ámbitos clave**:

- La prevención y las respuestas tempranas.
- La reconfiguración de los servicios de apoyos y cuidados basados en el entorno comunitario.
- La puesta a disposición de soluciones habitacionales o residenciales en entornos comunitarios que la persona pueda identificar como su hogar.

En algunos casos las experiencias analizadas se centran en alguno de estos tres ámbitos, pero es frecuente que las iniciativas combinen dos de ellos o incluso los tres.

En cuanto a las iniciativas más orientadas a la **prevención de la institucionalización y las respuestas tempranas**, se están desarrollando protocolos y herramientas que permitan identificar con mayor agilidad las situaciones de riesgo y plantear estrategias que activen a los actores del entorno para evitar la institucionalización.

Por otra parte, en el ámbito específico de la infancia y la adolescencia se está ensayando un **modelo de acogimiento familiar especializado** y con dedicación exclusiva para facilitar que niños, niñas y adolescentes puedan acceder ágilmente a una convivencia familiar, ofreciendo a la vez una solución habitacional en el hogar.

También se está prestando especial atención al refuerzo y mejora de los apoyos que se reciben en la **transición a la vida adulta**, etapa vital crítica en la cual emergen múltiples necesidades y riesgos que pueden provocar procesos de exclusión social grave (ej. situación de sinhogarismo en el que la persona termina en un albergue). Asimismo, se

---

<sup>36</sup> Ver Anexo 12 para una lista completa de los proyectos que se han utilizado para la elaboración de este apartado.



están ensayando nuevos métodos de intervención con niños, niñas y adolescentes extranjeros no acompañados/as en los primeros meses de llegada a España, ya que este grupo también presenta riesgos severos de institucionalización.

En el ámbito de las personas mayores y con discapacidad, se están llevando a cabo iniciativas para **favorecer que las personas puedan permanecer en su vivienda con autonomía**, con un sistema de cuidados y apoyos basado en el entorno comunitario, tanto en el ámbito rural como en el urbano. Destacan aquí, por ejemplo, la experiencia de Castilla y León (tanto desde la Gerencia de Servicios Sociales como desde la entidad Asprodes) y del Ayuntamiento de Barcelona, la primera en el entorno rural y la segunda en el entorno urbano. Ambas han planteado y ensayado alternativas al modelo de cuidados de larga duración actual, que a la vez que refuerzan o reconfiguran los servicios en el entorno comunitario sirven como estrategia de prevención de la institucionalización.

El ámbito de los **servicios de cuidados centrados en la persona y basados en la comunidad** es en el que se está desarrollando un mayor número de iniciativas. Estas iniciativas se centran en experimentar principalmente en cuatro aspectos: 1) nuevas herramientas de diagnóstico; 2) nuevos métodos de acompañamiento centrados en la persona, especialmente en la recuperación del proyecto de vida, y que ofrecen un mayor protagonismo y capacidad de decisión de la persona; 3) nuevos métodos y dinámicas de activación y participación de actores del entorno; 4) intervención integral basada en la coordinación de los distintos actores (servicios sociales, servicios sanitarios, servicios de vivienda, servicios de empleo, servicios educativos, etc.). Dos de los procesos con mayor recorrido y alcance en este ámbito son los desarrollados por la organización Asprodes, junto con la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, a través de sus Oficinas para la Vida Independiente, así como por la Diputación de Guipúzcoa y el Ayuntamiento de Donostia en el ámbito de la protección a la infancia.

Finalmente, en cuanto a las iniciativas centradas en ofrecer **soluciones habitacionales o residenciales**, se están impulsando iniciativas que de modo proactivo acompañan a personas que viven en entornos institucionalizados en el tránsito hacia una solución de vivienda basada en la comunidad, a través de viviendas individuales (ej. Hogar Sí/Provivienda), viviendas compartidas (ej. Plena inclusión, SEGG), nuevos modelos de soluciones habitacionales o residenciales colectivos basados en un modelo más integrado en la comunidad (ej. Fundación Matia).

Si bien las iniciativas que se están llevando a cabo son diversas en objetivos, enfoque y alcance, a partir del análisis realizado se observan algunas tendencias o aspectos críticos a la hora de transformar el modelo de cuidados. Estos aspectos aportan algunas claves importantes que se abordarán en el siguiente capítulo y que se pueden profundizar más en el [Anexo 12. Informe de experiencias de desinstitucionalización en España](#).

Además de la revisión de las experiencias europeas y nacionales mencionadas, en el marco de este diagnóstico se han llevado a cabo una serie de estudios de casos internacionales sobre ejemplos que se consideran de éxito o idóneos para el aprendizaje transnacional. El objetivo de estos estudios es nutrir el enfoque de la Estrategia con un conocimiento externo. La selección de los casos se llevó a cabo teniendo en cuenta que



fueran (1) experiencias con avances significativos, (2) experiencias de aprendizaje documentadas, y (3) que aportasen conocimiento valioso para la realidad española. Una descripción de cada caso, así como un documento de conjunto se puede consultar en el [Anexo 11. Análisis comparado de los procesos de desinstitucionalización en otros países](#). Los casos completos están disponibles en la [página web](#) de la Estrategia.

Los casos que se han analizado, relativos a distintos países y ámbitos de institucionalización, reflejan que las políticas e iniciativas son muy diversas. De esta variedad de contextos y áreas de aplicación se desprenden una serie de aprendizajes que pueden ser tenidos en cuenta para la Estrategia española y que se reflejan en el siguiente apartado, concretamente en las claves para activar y sostener procesos de desinstitucionalización.

## 1.4. Pilares y claves de los procesos de desinstitucionalización

### IDEAS FUERZA

- Los procesos de desinstitucionalización se sostienen sobre **cinco pilares fundamentales**: atención centrada en la persona y sus necesidades; enfoque preventivo; apoyo al proyecto de vida elegido libremente y reconocimiento de la autodeterminación; participación en la comunidad y responsabilidad comunitaria; viviendas en entorno normalizados integrados en la comunidad.
- Se debe prestar **especial atención a la fase de transición**, entendiendo que es un proceso lento y complejo que requiere recursos adicionales y la preparación al cambio de todos los agentes implicados.
- Los sistemas de cuidados y apoyos deben garantizar la equidad para **no dejar a nadie atrás** y estar preparados para atender a las situaciones más severas y/o complejas de necesidades de cuidados y apoyos.
- Los procesos de desinstitucionalización han de tener cuidado para **evitar dinámicas de transinstitucionalización** y otros efectos no deseados del proceso de cierre y transformación de las instituciones.
- Los procesos de desinstitucionalización requieren desarrollar estrategias para **prevenir posibles resistencias internas** entre las personas que necesitan cuidados y apoyos, sus entornos familiares, los equipos profesionales implicados en el proceso y las comunidades de acogida.

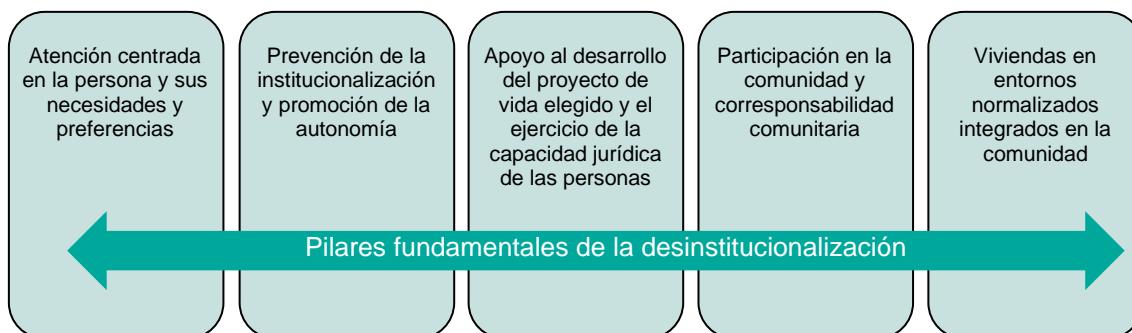
#### 1.4.1. Pilares fundamentales de los procesos de desinstitucionalización

Los pilares de los procesos de desinstitucionalización pueden definirse como **los elementos sobre los que se sostiene la transformación integral del modelo de cuidados y apoyos que propone la desinstitucionalización**. Como recoge la figura bajo estas líneas, los pilares fundamentales dan prioridad al cambio de foco de la atención centrada en la institución y las prioridades organizacionales, a la atención centrada en las necesidades, deseos y aspiraciones de la persona y su contexto; al





rol clave que cumplen en todo proceso de desinstitucionalización la prevención de la institucionalización y la promoción de la autonomía; al ejercicio pleno de la capacidad jurídica y la voluntad de las personas que necesitan apoyos; a la necesidad de viviendas integradas en entornos comunitarios inclusivos y corresponsables para transformar el modelo de cuidados y apoyos y a la participación en el diseño y la evaluación de políticas y servicios públicos de las personas que necesitan apoyos, su entorno y las organizaciones que les representan.



## 1. Atención centrada en la persona y sus necesidades y preferencias sin condicionalidades

Existe cada vez un mayor consenso respecto a la relevancia de la personalización de los apoyos como estrategia para generar un impacto positivo en la calidad de vida de las personas. Esto supone superar las soluciones rígidas, en las que las personas deben encajar y en las que en muchas ocasiones se merman las posibilidades de desarrollo personal y el ejercicio de sus derechos. La personalización requiere diseñar sistemas de apoyo adaptados y significativos para cada persona, donde no solo se tengan en cuenta sus necesidades, sino también sus preferencias, estilos de vida y, especialmente, la forma en la que cada persona puede ejercer el control sobre los apoyos y cuidados que recibe.

La personalización tiene el potencial de reorganizar la forma en la que la sociedad crea y ofrece bienes y servicios públicos. Asume que las personas deben establecer activamente sus propios objetivos, desarrollar sus propios planes, así como decidir sobre dónde y cómo van a desarrollar su vida. Implica también que las personas tengan posibilidades (apoyos y oportunidades) de control real sobre sus apoyos en el día a día. El objetivo de la personalización es crear un sistema de bienestar en el que el apoyo se presta de forma que contribuye al ejercicio de derechos. Esto significa que las personas tengan el control sobre sus propias vidas y están conectadas con su comunidad.

Por último, en cuanto a los enfoques metodológicos, la atención centrada en la persona busca favorecer la independencia funcional de la persona el mayor tiempo posible y requiere métodos de planificación personal como la gestión o coordinación de cuidados y apoyos, los paquetes de atención personalizada o la metodología de apoyo de pares, entre otros.

## 2. Prevención de la institucionalización y promoción de la autonomía

El enfoque preventivo de la desinstitucionalización implica trabajar para fortalecer las capacidades de las comunidades para abordar los retos de la diversidad, su gestión de





la inclusión y su accesibilidad. La posibilidad de reducir los desencadenantes de los procesos de institucionalización en la vida de las personas se apoya en sistemas comunitarios fortalecidos que contribuyen a mantener a las personas conectadas con sus entornos y con sus redes de apoyo. Sistemas que, por ejemplo, contribuyan a prevenir situaciones como la separación de niños, niñas y adolescentes de sus progenitores, la soledad no deseada de las personas mayores, la dificultad de acceso a la vida independiente de las personas con discapacidad o la exposición prolongada a situaciones de exclusión residencial.

Estas políticas deben implementarse reforzando la respuesta rápida y la atención temprana e involucrando, en la medida de lo posible, a diferentes actores de los sistemas de atención y al entorno comunitario.

### 3. Apoyo al desarrollo del proyecto de vida elegido y al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas

Para garantizar a las personas con necesidades de cuidados el desarrollo de un proyecto de vida elegido en la comunidad, y tal y como recoge la Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad de la CRPD, es necesario **facilitar el acceso a una variedad de servicios de apoyo personalizado que permitan a las personas elegir sus apoyos en función de sus necesidades y sus preferencias**. El apoyo personalizado debe ser además lo suficientemente flexible para adaptarse a la diversidad de las personas con necesidades de cuidados y apoyos y no a la inversa.

Se trata de garantizar que las personas con necesidades de apoyo y cuidados tengan el mismo nivel de elección, control y libertad en su vida diaria que cualquier otra persona y de apoyar la capacidad de niños y niñas de vivir con su familia o la familia ampliada o en hogares de acogida, siempre con plena participación en la comunidad.

### 4. Participación en la comunidad y corresponsabilidad comunitaria

El proceso de desinstitucionalización solo es posible impulsando estrategias de desarrollo comunitario capaces de construir las comunidades inclusivas, competentes y corresponsables que se requieren para hacer real el cambio del modelo de cuidados y apoyos para una buena vida en la comunidad. Así, la desinstitucionalización pasa por el desarrollo comunitario, entendido como el proceso por el que los miembros de una comunidad, mediante el ejercicio de una ciudadanía activa y responsable, se unen y organizan colectivamente para generar soluciones y dar respuesta a problemas previamente identificados por la comunidad, en la búsqueda de una mejora del bienestar social y la calidad de vida de las personas que la componen (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023). El enfoque comunitario es, por tanto, una herramienta para la construcción de comunidades corresponsables, entendidas como espacios de construcción de responsabilidades conjuntas desde las que afrontar problemáticas comunes y necesidades compartidas, tal y como requiere el cambio de modelo planteado por la desinstitucionalización. A su vez, el desarrollo comunitario facilita la participación en la comunidad de las personas con necesidades de apoyo y cuidados.



## 5. Viviendas en entornos normalizados integrados en la comunidad

La disponibilidad de alojamientos seguros, accesibles y asequibles en la comunidad ya sea facilitando viviendas públicas o proporcionando subsidios de alquiler a las personas que salgan de las instituciones, es un condicionante esencial para el éxito de la desinstitucionalización. En contraposición al modelo segregador de los cuidados en recursos institucionales, la desinstitucionalización propone la vida independiente en la comunidad, desplegando para ello diferentes dispositivos de apoyo y cuidados que hacen posible el desarrollo de un proyecto de vida pleno para las personas con necesidades de cuidados y apoyos. Para ello, es necesario disponer de viviendas bien localizadas y comunicadas, integradas en entornos comunitarios, asequibles y adaptadas a las necesidades de las personas. Sin embargo, la disponibilidad de viviendas es escasa, principalmente debido al aumento de los precios, los prejuicios de las personas propietarias y de las comunidades de vecinos y la falta de accesibilidad de algunas viviendas y espacios comunitarios.

### 1.4.2. Claves para activar y sostener los procesos de desinstitucionalización

A partir de la consulta realizada a personas expertas a nivel nacional y europeo en el marco de la elaboración de este Diagnóstico, así como del estudio de iniciativas de desinstitucionalización en otros países europeos y de las experiencias piloto que se están ensayando en España en el marco de la Estrategia, se han identificado una serie de **claves para activar, potenciar y sostener procesos de desinstitucionalización promoviendo la vida en la comunidad y de base familiar**. Se han clasificado las claves en elementos de tipo sistémico (relacionados con la configuración general de las políticas y los servicios sociales), organizativo (relacionados con la configuración de los servicios) y técnico (relacionados con las metodologías de intervención y acompañamiento con las personas).

Claves sistémicas	Claves organizativas	Claves técnicas
<ul style="list-style-type: none"><li>Desinvertir en instituciones e invertir en la transición de modelo.</li><li>Garantizar los derechos subjetivos.</li><li>Mejorar la coordinación y colaboración entre agentes clave.</li><li>Prevenir resistencias internas.</li><li>Prevenir la transinstitucionalización y otros efectos no deseados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Planificación de la transformación de las instituciones.</li><li>Contemplar una fase inicial de preparación al cambio.</li><li>Ampliar y preparar los equipos profesionales.</li><li>Fomentar la participación e incidencia de las personas.</li><li>Integrar la cultura de la evaluación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicar los modelos de asistencia personal y apoyos autodirigidos.</li><li>Fomentar la coproducción de apoyos y servicios.</li><li>Explorar fórmulas de acceso a la vivienda y alojamiento asistido.</li><li>Explorar las posibilidades de las tecnologías de apoyo.</li></ul>



## Claves sistémicas

### 1. Desinvertir en instituciones e invertir en la transición al modelo de cuidados y apoyos centrado en la persona

Aunque muchas personas expertas reclaman que la atención en entornos comunitarios resulta más económica (Seddon, 2014), es necesaria la inversión en la fase de transición en nuevos servicios, personal y medidas compensatorias (Squire & Richmond, 2017). La Comisión Europea insiste por ejemplo en que no se deben financiar modelos de atención institucionalizada a través de Fondos Europeos (EEG, 2014). En base a las obligaciones establecidas en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Reglamento de disposiciones comunes de los Fondos Europeos explicita que “los Fondos deben ejecutarse de manera que promuevan la transición de la asistencia institucional a la asistencia basada en la familia y la comunidad” (EU Regulation 2021/1060, 2021)”. En este sentido, el grupo de expertos y expertas de la UE ha elaborado un catálogo de criterios que deberían guiar la programación e implementación de los Fondos (EU Expert Group, 2021).

Asimismo, la inversión para la transición al modelo de cuidados y apoyos centrados en la persona implica un modelo de financiación que no esté centrado en las instituciones, sino en los presupuestos personales y en los apoyos autodirigidos, para lo que es necesario desarrollar sistemas de financiación flexibles y eliminar los obstáculos burocráticos.

### 2. Garantizar los derechos subjetivos

El reconocimiento de los derechos de las personas a vivir en la comunidad, a elegir dónde y cómo quieren vivir y a contar con los apoyos para tener una vida elegida, son una condición fundamental que se inspira en Tratados y Acuerdos internacionales en materia de derechos humanos, los cuales establecen mandatos para la transición hacia modelos de apoyo y cuidados personalizados y comunitarios. Algunos referentes son las convenciones internacionales de derechos (sobre discapacidad e infancia, por ejemplo) o los principios del Pilar Europeo de Derechos Sociales (principio 3: igualdad de oportunidades, 11: apoyo y asistencia a los niños, 17: inclusión de las personas con discapacidad, 18: cuidados de larga duración y 19: vivienda para las personas sin hogar). El contenido de estas normas internacionales se ha de transponer a las normativas correspondientes de los países para garantizar de manera efectiva el derecho de las personas a elegir cómo, dónde y con quién vivir.

### 3. Mejorar la coordinación y colaboración entre agentes clave

La colaboración entre diferentes agentes se considera un elemento clave para el éxito de la transición al nuevo modelo de cuidados y apoyos, siendo fundamental para ello el desarrollo de políticas y planes interseccionales. Esta colaboración, que encuentra no pocas dificultades, se ha de producir necesariamente en el ámbito autonómico y local, creando **un marco político estatal, autonómico y municipal**, con planes locales detallados para transferir la asistencia de una institución a una comunidad bien



preparada. A su vez, **el Tercer Sector de Acción Social juega un papel fundamental en la provisión de cuidados y apoyos** desde un enfoque comunitario y personalizado; para ello es necesario que las organizaciones del Tercer Sector desarrollen procesos de innovación en nuevos modelos de servicios que puedan incorporarse a las políticas públicas, así como la aplicación de fórmulas, más allá de la licitación y la subvención, que den estabilidad y continuidad al proceso de desinstitucionalización. El liderazgo público y el compromiso de las políticas públicas es esencial para avanzar en los procesos de desinstitucionalización. Este liderazgo se ha de traducir en un compromiso continuado y en buscar el consenso en el plano político y en el debate público.

#### 4. Prevenir resistencias internas al proceso de desinstitucionalización

Las resistencias a la desinstitucionalización pueden venir de las partes más implicadas y/o interesadas en el proceso: las organizaciones y los equipos profesionales, las comunidades, los entornos familiares y las propias personas con necesidades de apoyo. La planificación del proceso de desinstitucionalización debe garantizar un acompañamiento adecuado a cada una de estas partes para reducir o eliminar posibles reticencias, teniendo en cuenta particularmente los siguientes aspectos:

- Es necesario diseñar procesos de acompañamiento a **las personas que necesitan cuidados y apoyos** en su transición de la institución al hogar para apoyarles en el refuerzo de su autonomía, en la toma de decisiones y en el desarrollo de capacidades, así como para asegurarles una transición segura y ajustada a su voluntad.
- Es imprescindible implicar a **las familias** para tener en cuenta sus necesidades, deseos y aspiraciones y para mitigar sus miedos y resistencias.
- Se debe acompañar y formar a **los equipos profesionales** en el nuevo enfoque de cuidados y ofrecerles apoyo en la transición.
- **Las comunidades** deben ser seleccionadas de antemano, recibir información clara del proceso, participar en el mismo, contar con apoyo y acompañamiento durante la transición y disponer de recursos para llevar a cabo la misma.
- Por último, en términos comunicativos, el debate político, la opinión pública y las opiniones expertas basadas en investigaciones pueden también contribuir a vencer las resistencias a la desinstitucionalización.

#### 5. Prevenir la transinstitucionalización y otros efectos no deseados.

Se debe poner especial cuidado en prevenir que los procesos de desinstitucionalización perjudiquen a las personas en situación más vulnerable y deriven en dinámicas de **transinstitucionalización**, fenómeno que se produce cuando las personas residentes de una institución realizan tránsitos a otra institución de otro tipo: por ejemplo, personas con problemas de salud mental a prisiones o personas con discapacidad hacia residencias de mayores. Igualmente, se deben prevenir la **reinstitucionalización** (el regreso a la institución de un exresidente, el aumento del número de residentes en una institución o la creación de más plazas en instituciones) y **microinstitucionalización** (transformación de las instituciones en unidades más pequeñas, sin cambiar en el proceso la cultura institucional por la atención personalizada en la comunidad).

Hay que tener en cuenta que en determinadas circunstancias el cierre de grandes instituciones de atención ha aumentado la población privada de libertad (Parpouchi et al., 2021; Prins, 2011). En general, se reconoce que las prisiones se han convertido en



instituciones que recluyen a personas con discapacidad intelectual o problemas de salud mental a las que no se les ha proporcionado una atención adecuada (Pérez Martínez & Hernández Monsalve, 2022). Por otra parte, el consumo problemático de sustancias también está relacionado con la privación de libertad, ante la ausencia de ofertas de servicios de reducción de daño, rehabilitación o reintegración (Burke-Shyne et al., 2017; DPA, 2016; Sawyer & Wagner, 2022). Los procesos de desinstitucionalización deben contar con mecanismos de prevención de estos efectos no deseados del cierre y la transformación de instituciones.

## Claves organizativas

### 6. Planificar la transformación de las instituciones

La transformación de las instituciones es un proceso especialmente complejo y se recomienda que, en la medida de lo posible, se inicie con proyectos piloto, prestando especial atención a la elaboración de un plan individualizado para cada persona, la formación de personal para el nuevo enfoque de trabajo en la comunidad y la preparación de las personas participantes para minimizar posibles efectos negativos del cambio en su entorno de vida. Otro aspecto importante a tener en cuenta en este proceso de transformación, e incluso cierre de instituciones, es el principio de equidad, poniendo los medios para no dejar atrás a las personas con necesidades más complejas, como bebés, niños, niñas y personas adultas con necesidades de apoyo complejas por razón de discapacidad u otras problemáticas asociadas (Glasby et al., 2011).

El Grupo Europeo de Expertos (2012) señala además que el proceso de transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria suele durar varios años, por lo que si no se persiste hay riesgo de que se abandone. Ello implica la necesidad de **contar con recursos económicos adicionales** para sostener la convivencia del anterior modelo institucional y el nuevo modelo de base comunitaria a lo largo de la transición inicial.

### 7. Contemplar una fase inicial de preparación al cambio para facilitar la transición de todos los actores clave al nuevo modelo

En la mayoría de los procesos de desinstitucionalización se contempla una fase inicial de preparación al cambio con el fin de abordar barreras y resistencias, pero también consensuar nuevos conceptos o actualizar algunos enfoques a través de actividades de diálogo y reflexión en las que participan todos los actores implicados; estas acciones incluyen por ejemplo campañas de divulgación y sensibilización, dinámicas para la movilización del apoyo comunitario informal y configuración de grupos de trabajo que tienen como misión elaborar nuevos protocolos o actualizar los existentes.

En algunos casos los procesos se basan en el pilotaje de nuevos métodos, que se testean y evalúan por fases progresivas, lo cual permite introducir cambios poco a poco y abordar las barreras y resistencias iniciales. Trabajar con metodologías participativas o ágiles está favoreciendo este tipo de planteamientos. También está resultando clave diseñar estrategias o actividades específicas y adaptadas a las distintas resistencias que pueden emerger, teniendo en cuenta que estas pueden proceder de distintos ámbitos.





En esta fase inicial, al igual que en todo el proceso de desinstitucionalización, es imprescindible aplicar una perspectiva de género a la distribución del trabajo de cuidados, así como apoyar no solo a los y las profesionales, sino también a las personas cuidadoras no profesionales, especialmente a las familiares, para garantizar también su calidad de vida.

## 8. Ampliar y preparar los equipos profesionales

Resulta esencial garantizar la disponibilidad de personal suficiente y adecuadamente formado en el nuevo modelo de cuidados y apoyos. Para ello es necesario mejorar las condiciones de trabajo y desarrollar actividades de capacitación y formación dirigidas a los equipos profesionales, pero también a actores del entorno, tanto públicos como privados. Uno de los aspectos críticos en estas iniciativas de formación tiene que ver con el desarrollo de nuevas habilidades o competencias, pero sobre todo con facilitar actividades orientadas a “desaprender” y “reaprender” nuevas formas de proveer atención que están muy establecidas y que no siempre son fáciles de cambiar. En este sentido, es imprescindible invertir en la recualificación (*reskilling*) de las y los profesionales y es recomendable favorecer el intercambio de aprendizajes para reforzar la creación colectiva de conocimiento y experiencias.

Este cambio pasa también por mejorar las condiciones laborales de las y los profesionales, así como eliminar la brecha de género asociada al cuidado, garantizando condiciones que sean compatibles con una vida digna y que faciliten la disponibilidad de profesionales en todos los contextos.

## 9. Fomentar la participación e incidencia de las personas con necesidad de apoyo

Para situar las necesidades, deseos y aspiraciones de las personas en el centro del sistema de cuidados y apoyos es necesaria su participación plena en la formulación de políticas y en el diseño, organización y evaluación de los servicios de apoyo. Para garantizar esta participación deben modificarse las normas jurídicas y administrativas que la obstaculizan, así como realizar un análisis de las necesidades de las personas destinatarias de la atención con un enfoque *bottom-up* (de abajo arriba) caracterizado por implicar a las personas destinatarias en la toma de decisiones, ofreciendo la información y ayuda adecuadas para que puedan participar en los procesos (EASPD, 2021). Además, la participación en la formulación de políticas debería canalizarse a través de las organizaciones representativas y siempre con la presencia de personas expertas por experiencia<sup>37</sup>. En este sentido, las directrices de la ONU apuntan a que “debe evitarse que [...] quienes por motivos económicos o de otro tipo tengan interés en que se mantengan abiertas las instituciones influyan en los procesos de toma de decisiones relacionados con la desinstitucionalización” (CRPD, 2022, p. 5).

---

<sup>37</sup> Las personas expertas por experiencia son personas que tienen conocimientos y saberes sobre el tema que se aborda -en este caso, las necesidades de apoyos y cuidados- debido a su experiencia de vida personal. Su participación es particularmente valiosa porque visibiliza aspectos centrales a considerar en el proceso de desinstitucionalización, desde una perspectiva que no se puede alcanzar a partir de otros conocimientos y saberes (académicos y/o profesionales, por ejemplo).





## 10. Integrar la cultura de la evaluación como herramienta de generación de conocimiento

Las deficiencias en los mecanismos de seguimiento, control y evaluación de los procesos de desinstitucionalización se han señalado como una de las principales causas que dificultan su desarrollo. A su vez, desde las agencias de las Naciones Unidas se insiste en el uso de evidencias y datos contrastados en el proceso de la formulación de políticas (WHO Europe, 2023). La introducción de la cultura de la evaluación en los procesos de desinstitucionalización contribuye a generar las evidencias necesarias para poder introducir reformas normativas, administrativas y metodológicas. Las evaluaciones permiten disponer de evidencias, identificar los aprendizajes y contar con los datos necesarios para diseñar y planificar las políticas y los servicios en el futuro.

En el caso específico de la desinstitucionalización es necesario contar con sistemas de seguimiento y evaluación que midan prioritariamente el bienestar de las personas, así como sistemas de control obligatorio relacionados con la calidad de vida de las personas con necesidades de apoyos y cuidados, basados en su participación, la de sus familias y la de las organizaciones que los representen.

### Claves técnicas

## 11. Aplicar los modelos de asistencia personal y los modelos de apoyos autodirigidos

La asistencia personal es un derecho reconocido en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, en su artículo 19, como ya se ha señalado. En este servicio es la propia persona quien decide cuándo, cómo y en qué actividades de su vida hará uso de qué apoyos. Los modelos de apoyos autodirigidos, a su vez, permiten que sean las personas quienes decidan los apoyos que necesitan. Se basa en la asignación de presupuestos personales y en el control de la persona sobre los recursos que son importantes para ella y para el desarrollo de su proyecto de vida elegido. El modelo de presupuestos personales y apoyos autodirigidos sitúa a la persona con necesidades de atención y apoyo en el centro de la decisión (Duffy, 2021), permitiéndole elegir y recibir el tipo de apoyo que necesita (Leventi, 2021; Rantamäki et al., 2022). En el caso de los niños y niñas, aunque, en determinados momentos de su desarrollo, su libertad de control y elección sea limitada, esto no implica que se les niegue su capacidad a la hora de definir un proyecto de vida pleno para sí mismos/as, ni que no haya que garantizar su participación en igualdad de oportunidades.

## 12. Fomentar la coproducción de apoyos y servicios

Es crucial fomentar iniciativas en las que profesionales y ciudadanos compartan el poder de planificar apoyos juntos, reconociendo que ambos tienen contribuciones que hacer para mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades. Las principales características de esta coproducción son: definir a las personas participantes en los servicios como activos con capacidades; romper las barreras entre las personas y los profesionales; aprovechar las capacidades de las personas; fomentar la reciprocidad (cuando las personas obtienen algo a cambio de haber hecho algo por los demás) y la



mutualidad (personas que trabajan juntas para lograr sus intereses comunes); trabajar con redes de apoyo entre iguales junto con redes profesionales; y facilitar servicios ayudando a las organizaciones a convertirse en agentes del cambio en lugar de ser meros proveedores de servicios (Ross & Needham, 2013).

### 13. Explorar fórmulas de acceso a la vivienda y alojamiento con apoyos

La disponibilidad de alojamientos seguros, accesibles y asequibles en la comunidad ya sea facilitando viviendas públicas o proporcionando subsidios de alquiler a las personas que salgan de las instituciones o como mecanismo para prevenir nuevos ingresos en instituciones, es un condicionante esencial para el éxito de la desinstitucionalización.

En cuanto a la accesibilidad universal en las viviendas, en nuestro país conviven más de 1,8 millones de personas con movilidad reducida que precisan de ayuda para salir de sus casas y en torno a 100.000 no salen nunca al no disponer de esta ayuda (Fundación Mutua de Propietarios, 2019). Por lo que resulta clave avanzar en políticas y legislaciones de vivienda social que garanticen la accesibilidad universal y fomenten el arrendamiento en condiciones asequibles.

Asimismo, el alojamiento con apoyos es imprescindible en el proceso de recuperación en el caso de personas con experiencias de sinhogarismo, privación de libertad o episodios de dificultades de salud mental (Ridente & Mezzina, 2016). Para abordar esta necesidad de vivienda para la desinstitucionalización, se están llevando a cabo estrategias de captación de viviendas del mercado privado, apoyadas con campañas de sensibilización y mediación que ayuden a hacer frente a estereotipos, actitudes discriminatorias y a gestionar o mediar en potenciales conflictos que puedan emerger.

Se debe tener en cuenta que para implementar verdaderos procesos de desinstitucionalización será necesario contar con un coliderazgo de los departamentos de vivienda en las estrategias e iniciativas de desinstitucionalización que permita diseñar políticas públicas que movilicen y pongan a disposición un número suficiente de viviendas (públicas o privadas) accesibles y adaptables a las necesidades de las personas. Dada la insuficiente regulación en materia de exclusión residencial y sinhogarismo, será necesaria la transformación del marco normativo para favorecer el acceso a viviendas asequibles, accesibles, adecuadas, adaptables e integradas en entornos comunitarios.

### 14. Indagar en las posibilidades de las tecnologías de apoyo

La digitalización y la robótica social proveen muchas oportunidades para aumentar la eficiencia de los cuidados, apoyar en la autonomía en la vida diaria y reforzar la seguridad de los hogares, al mismo tiempo que se constata el potencial de las tecnologías para descargar los trabajos de cuidados. No obstante, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas advierte en su reciente informe que hay que estar vigilantes para “garantizar que las nuevas tecnologías no se conviertan en un fin en sí mismas y sustituyan el vital contacto humano” (Quinn, 2023, p. 5).



## 2. Análisis de la población que necesita apoyos y cuidados

### 2.1. Factores que desencadenan la institucionalización de las personas con necesidades de cuidados y apoyos

#### IDEAS FUERZA

- **La institucionalización es un proceso multicausal y multidimensional en el que confluyen varios factores de carácter estructural y social:** factores relativos a la respuesta institucional a las necesidades de cuidados y apoyos y determinantes relacionados con las condiciones de vida del individuo y su entorno.
- Todas las personas tienen riesgo de institucionalización a lo largo de su ciclo vital. No obstante, **el riesgo de institucionalización tiende a ser mayor cuanto mayor es la pérdida de autonomía y/o de recursos para la vida diaria y mayor es la ausencia de una red de apoyo.**
- **Tradicionalmente el sistema de cuidados y apoyos se ha orientado al asistencialismo** y se ha sostenido mediante la renuncia de las familias, especialmente de las mujeres. Además, **tanto las respuestas preventivas como las redes y recursos comunitarios para facilitar los apoyos son insuficientes.**
- A los **factores generales de institucionalización**, se unen otros factores **específicos** más comunes en cada uno de los cuatro grupos de población de la Estrategia.

Es necesario subrayar que **cualquier persona, en algún momento, desde la infancia hasta la vejez, puede encontrarse en una situación de necesidad de cuidados y apoyos susceptible de derivar en institucionalización.** Si bien las trayectorias que llevan a la institucionalización de las personas en situación de necesidad de cuidados y apoyos son diversas, en las entrevistas y los grupos de discusión desarrollados en el marco de la elaboración del Diagnóstico se encuentran algunos factores que explican frecuentemente la evolución de las trayectorias personales que desembocan en ingresos en recursos residenciales institucionales.

**La circunstancia más común que explica la institucionalización es la pérdida de autonomía y/o de recursos para la vida diaria combinada con la falta de una red de apoyos capaz de atender a las necesidades y preferencias de la persona.** Este hecho se refuerza en un país como España, en proceso de envejecimiento y disminución de la natalidad, en el que el 80% de los cuidados se proveen en el contexto familiar y en el marco de un sistema que tiende al asistencialismo y, por tanto, recurre a la atención en las instituciones cuando se carece de apoyos en las familias y en el entorno (Rodríguez Cabrero et al., 2022).

Profundizando, más allá esta circunstancia común, en los factores que determinan la institucionalización, podemos encontrar determinantes relativos a la respuesta institucional a las necesidades de cuidados y apoyos (aquellos que tienen que ver con



la forma en que se proveen los servicios de apoyos y cuidados) y determinantes relativos a las condiciones de vida de la persona o su entorno (aquellos que tienen que ver con la capacidad de las personas y su entorno de obtener una respuesta adecuada a sus necesidades y preferencias):

### Factores relativos a la respuesta institucional a las necesidades de apoyos y cuidados

- Insuficiente inversión en recursos y servicios para el apoyo a la vida en la comunidad.
- Inercia de la cultura de los cuidados institucionales segregadores y el asistencialismo, que presenta el modelo residencial como el más seguro y protegido.
- Falta de coordinación, colaboración y transferencia de información entre los distintos sistemas de protección, sus actores clave, departamentos y niveles.

### Factores relativos a las condiciones de vida de la persona y su entorno

- Falta de una red de apoyo capaz de atender a las necesidades y preferencias de la persona.
- Nivel de complejidad o severidad de las necesidades de cuidados y apoyos.
- Falta de recursos de la persona o su entorno para afrontar el coste y/o la gestión de los apoyos y cuidados necesarios.
- Falta de conocimiento de derechos personales y alternativas a la institucionalización y/o capacidad para gestionarlos.
- Inercia de la cultura de los cuidados institucionales y el asistencialismo que genera desconfianza en el modelo de apoyos personalizados en comunidad para el desarrollo del proyecto de vida elegido.
- Factores biológicos, biopsicosociales y conductuales de la persona y su entorno.
- Desigualdad interseccional cuando coinciden varios factores de desigualdad (edad, género, diversidad sexual, clase social, procedencia, etc.).

Estos factores generales de institucionalización limitan de modo general el cambio de modelo de cuidados institucionales a los apoyos personalizados en la comunidad para el desarrollo del proyecto de vida elegido, sin olvidar que existen también factores específicos para los cuatro grupos de población de la Estrategia. En los siguientes apartados se destacan algunos factores específicos por grupo de población, identificados en las consultas a personas expertas por experiencia y a profesionales que prestan cuidados y apoyos, así como en la revisión de las historias de vida realizadas en el marco de la elaboración de este Diagnóstico.

#### 2.1.1. Factores de institucionalización de personas mayores

Respecto a las **personas mayores**, se destaca que, si bien la Ley de Dependencia ofrece la posibilidad de respuestas variadas, ante la falta de soluciones en entornos comunitarios se ofrece como primera opción el acceso a residencias para las personas



que requieren altos niveles de apoyo. De esta manera, la institucionalización se convierte en la forma de atención más habitual con este grupo de población, de modo que la forma de implementación del SAAD favorece una tendencia a la institucionalización más que de ser un catalizador de la vida independiente en la comunidad. Destacan también otros factores como:

- El **deterioro de la salud** física (enfermedades crónicas, pluripatologías, etc.), cognitiva (pérdida de memoria, orientación y otros, procesos de demencia, etc.) y/o emocional (soledad no deseada, pérdida del sentido de pertenencia o utilidad, etc.). El riesgo de deterioro en cualquiera de las dimensiones de la salud aumenta con la edad, y con él las necesidades de apoyo y cuidados, siendo imprescindible tener en cuenta la mayor esperanza de vida de las mujeres, que son mayoritarias en la vejez, superando en un 32% a los hombres, diferencia que aumenta con la edad (Pérez Díaz et al., 2020).
- Los **cambios en la situación de las familias** que repercuten en la cohesión familiar o en la capacidad de prestar cuidados y apoyos (fallecimientos, conflictos, desplazamientos, etc.).
- La **falta de recursos económicos**, que es un factor determinante común a todos los grupos de población, pero que tiene entre los mayores la particularidad de la brecha de género en las pensiones, que según datos del INE de 2023 alcanza el 32,86% en España, y el desigual reparto de las tareas de cuidados entre hombres y mujeres.
- Las **condiciones inadecuadas de la vivienda**, tanto de aquellas personas mayores cuyo recorrido vital cronifica el sinhogarismo, como de aquellas que, habiendo tenido una experiencia más convencional, afrontan nuevos problemas residenciales con la edad (asequibilidad, seguridad, accesibilidad, etc.) que tienen un gran impacto sobre su salud y bienestar.
- La **falta de participación social y comunitaria** asociada al avance de la edad y los cambios que puede traer consigo (pérdidas en el círculo afectivo, cambios en el entorno comunitario, estigma asociado a la vejez, etc.).

### 2.1.2. Factores de institucionalización de personas con discapacidad

En el caso de las **personas con discapacidad**, uno de los factores más frecuentes desencadenantes de procesos de institucionalización es el envejecimiento y/o fallecimiento de los familiares a cargo de los cuidados y apoyos de la persona.



*“Uno de los grandes problemas que tenemos es que se mueren los padres, y es que se quedan literalmente solas en el mundo. Nadie viene a verlas o a saludarlas, nada de nada. Y muchas veces hasta desaparecen del sistema que les estaba proveyendo los apoyos porque las mandan a otro lugar”* (Grupos de trabajo multiactor, Discapacidad).

Otros factores relevantes en la institucionalización de personas con discapacidad son:

- La **intersección entre la edad, el género y los tipos de discapacidad**, siendo las personas con discapacidad intelectual las que más se ven obligadas a iniciar itinerarios de institucionalización.



- La posibilidad de que la persona tenga un **comportamiento de riesgo** para sí misma o para terceras personas puede ser un factor desencadenante de internación involuntaria.
- La práctica de la **institucionalización involuntaria relacionada con el diagnóstico de discapacidad institucional**, prevista en la normativa española, viola los estándares del derecho internacional en materia de derechos humanos. De acuerdo con el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad “la privación de libertad sobre la base de la discapacidad es una violación grave de derechos humanos.”
- La **falta de recursos económicos**, que en el caso de las personas con discapacidad está vinculada, entre otros factores, a su bajo nivel de participación en el mercado laboral (según datos del INE, en 2021 la tasa de actividad de las mujeres con discapacidad era del 35,3%, casi 42 puntos menos que la población sin discapacidad) y a su bajo nivel salarial (el salario medio anual bruto de los trabajadores por cuenta ajena con discapacidad fue un 17,8% menor que el de las personas sin discapacidad, en base a datos del INE para el año 2020).

### 2.1.3. Factores de institucionalización de niños, niñas y adolescentes

En el caso de **niños, niñas y adolescentes**, la institucionalización sigue teniendo un peso muy alto en las respuestas de las administraciones públicas ante situaciones de desprotección, y es la primera respuesta de emergencia, que con frecuencia suele cronificarse.

El grupo de profesionales en infancia destaca que algunos de los factores clave que derivan en esta situación son:

- Las **relaciones personales en la familia de origen**, que pueden estar atravesadas por situaciones inviables de convivencia por abuso de menores, violencia familiar, adolescencia conflictiva o complejos traumas psicológicos.
- El **déficit de familias de acogida**, que procede de la falta de información y preparación sobre el proceso de acogida y la falta de conciliación familiar y de apoyos o recursos para incentivar a las familias.
- La **falta de un marco normativo estandarizado** para definir criterios técnicos que establezcan la comprensión e identificación de situaciones de riesgo o desamparo.
- La **ausencia de recursos y servicios suficientes** para apoyar a las familias, así como de recursos de ocio, participación y respiro para la infancia y la adolescencia.
- Los **procedimientos administrativos que determinan la declaración de desamparo en el caso de niños, niñas y adolescentes migrantes** no acompañados, unidos a la ausencia de personas de referencia (familiares o allegados) que puedan encargarse de su guarda o tutela.

### 2.1.4. Factores de institucionalización de personas en situación de sinhogarismo

En cuanto a las **personas sin hogar**, además de la ausencia o pérdida de la vivienda, el grupo de profesionales destaca que los factores principales que inciden en que las personas acaben en instituciones son:

- La **falta de recursos económicos y de la posibilidad de acceder a ellos**, sobre todo debido a la precariedad laboral y el desempleo, que inciden





particularmente sobre las personas en situación de vulnerabilidad. Esta ausencia de recursos económicos conlleva la imposibilidad de acceder a una vivienda y también está vinculada con los desahucios.

- La **pérdida de red de apoyo** que incide en la falta de afecto y soporte y que resulta en situaciones de sinhogarismo. Las redes de apoyo se dividen en formales e informales. Las informales comprenden las redes personales y comunitarias, subdivididas en primarias (familia, amigos, vecinos) y secundarias (grupos recreativos, organizaciones sociales, relaciones laborales o de estudio). Las funciones principales incluyen socialización, cuidado, afecto (en primarias) y compañía social, apoyo emocional, y acceso a nuevos contactos (en secundarias).
- La **edad**, ya que la precariedad laboral y los obstáculos estructurales para acceder a una vivienda afectan más a las personas jóvenes que a otros grupos de edad.
- La **exposición a formas de violencia**, particularmente la violencia de género, que es uno de los factores con mayor peso explicativo del sinhogarismo entre la población femenina.
- El **estatus migratorio**, que está relacionado con la ausencia de suficientes redes de apoyo y con la precariedad laboral y económica, en un contexto de barreras institucionales y jurídicas para la regularización de la situación administrativa de las personas migrantes (particularmente, la obtención y renovación de autorizaciones de residencia y trabajo). De hecho, los datos del INE (2022) indican que el 49,9% de las personas sin hogar tiene nacionalidad extranjera.
- Las **experiencias anteriores de sinhogarismo**, que influyen en la posibilidad de volver a sufrir procesos de institucionalización debido a una nueva situación de sinhogarismo.

A continuación, se describe la situación de las personas que viven o podrían vivir en instituciones y se hace una aproximación al número y características, basándonos en los datos disponibles en fuentes estadísticas oficiales.



## 2.2. Descripción de las personas con necesidades de apoyo y cuidados

### IDEAS FUERZA

- Aunque es difícil conocer el número exacto de personas que necesitan apoyos en el día a día. De acuerdo con las estadísticas oficiales se puede estimar que **entre 4.418.264 y 6.653.055 personas requieren cuidados y apoyos.**
- **Al menos 391.543 personas reciben apoyo en recursos de atención residencial**, previsiblemente son muchas más si se suman las personas con discapacidad atendidas en residencias que no son mayores (menos de 65 años) y las personas en instituciones de salud mental, entre otros grupos de población.
  - Más de 300.000 personas mayores de 65 años.
  - Más de 16.000 niños niñas y adolescentes están en acogimiento residencial.
  - Más de 11.000 personas sin hogar en centros y alberges colectivos.
  - Más de 44.000 personas con discapacidad.
- El uso de **servicios de atención residencial aumenta con la edad**, especialmente a partir de los 80 años y aumenta también en las mujeres. **Las mujeres representan el 69,8%** de las personas mayores usuarias de Servicios de Atención Residencial, frente al 30,2% de los hombres (de 65 años o más).
- De acuerdo con cálculos del IMSERSO (2023), la población potencialmente en situación de dependencia se estima en 6.486.146 personas. Se trata de una cifra que equivale al 13,6% de la población total actual en España, y que incrementará en el futuro.
- En los próximos años se prevé que se **incrementará la demanda de apoyos y cuidados en España**, lo que implicará una importante presión en los sistemas de protección y las políticas sociales. La proporción de la población mayor de 65 años, que en la actualidad representa el 20,1% del conjunto de la población, representará el 25,1% en 2035 y 30,4% en 2050. La proporción de personas de 80 años y más llegarán a representar el 13,1% en 2060, de acuerdo con las proyecciones del INE.

### 2.2.1. Una visión general

Hay personas que, por distintas circunstancias, tienen una pérdida de autonomía y requieren apoyos para el pleno ejercicio de sus derechos, así como para el desarrollo de actividades en la vida cotidiana y la participación en las distintas esferas de la vida en igualdad de condiciones que el resto. Dichos apoyos son diversos, y pueden variar en función de la complejidad de las necesidades de las propias personas y de las oportunidades y apoyos de los que disponen en su contexto. Algunas personas



requieren apoyos puntuales, mientras que otras requieren apoyos más intensos y continuados.

Es difícil conocer el número exacto de personas que necesitan apoyos en el día a día, pero las estadísticas oficiales permiten realizar una aproximación. Se puede estimar que **entre 4.418.264 y 6.653.055 personas requieren cuidados y apoyos**. La **estimación mínima** se obtiene sumando las personas con derecho reconocido a prestaciones del SAAD, las personas solicitantes pendientes de resolución que potencialmente tendrían derecho a las prestaciones del SAAD, las personas con discapacidad del 33% o más que no tienen reconocida oficialmente una situación de dependencia, la infancia y la adolescencia atendida en cuidados alternativos y las personas sin hogar. La **estimación máxima** de esta horquilla se obtiene de la suma de las personas potencialmente en situación de dependencia<sup>38</sup>, la infancia y la adolescencia atendida en cuidados alternativos y las personas en situación de sinhogarismo. Los datos aproximados por grupo de población se ilustran a continuación.

**Tabla 1. Estimación de personas con necesidades de apoyo en España, según grupo de población**

Grupo de población	Estimación mínima	Estimación máxima
<b>Personas con derecho a prestación (SAAD) <sup>(1)</sup></b>	1.490.860	-
<b>Personas solicitantes pendientes de resolución de grado (SAAD) <sup>(1)</sup></b>	106.210*	-
<b>Personas potencialmente en situación de dependencia <sup>(1)</sup></b>	-	6.486.146
<b>Personas con discapacidad de 33% o más que no tienen reconocida oficialmente una situación de dependencia (todas las edades) <sup>(2)</sup></b>	2.744.285**	-
<b>Infancia y Adolescencia en el sistema de protección <sup>(3)</sup></b>	48.357	48.357
<b>Personas en situación de sinhogarismo <sup>(4)</sup></b>	28.552	28.552
<b>Total</b>	<b>4.418.264</b>	<b>6.653.055</b>

\* Para este cálculo, se ha determinado la proporción de resoluciones “sin grado” respecto al total de resoluciones (350.348, es decir el 19,4% del total de resoluciones), con el objeto de aproximarse al total de personas pendientes de resolución de grado (131.810 personas) que potencialmente tendrían derecho a las prestaciones del SAAD.

\*\* Esta cifra identifica la población residente en domicilios que tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, que ha afirmado no tener reconocida oficialmente una situación de dependencia. Se aplica el factor de elevación del INE en el fichero de microdatos de la encuesta (cuestionario a miembros del hogar).

(1): Información Estadística del SISAAD, informe semestral sobre la situación a 31 de diciembre de 2022.

(2): Microdatos de la Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, INE (2020).

(3): Boletín de Datos Estadísticos de medidas de protección a la infancia. Datos a 31 de diciembre de 2021.

(4): Encuesta Nacional sobre Personas Sin Hogar, 2022.

La mayoría de las personas pertenecientes a estos grupos de población reciben apoyos en sus hogares, mediante el cuidado de familiares, mayoritariamente mujeres, u otras

<sup>38</sup> Las personas potencialmente en situación de dependencia se definen como la población que tiene una probabilidad alta de solicitar la situación de dependencia. Este cálculo incorpora a las personas solicitantes y/o con derecho reconocido del SAAD, las personas de 0-64 años con grado de discapacidad igual o superior al 33%, la proporción de personas con derecho al SAAD en los tramos quinquenales de 65 a 79 años y todas las personas mayores de 80 años. El indicador lo publica el IMSERSO en las estadísticas del SISAAD.



personas cuidadoras no profesionales, así como a través de servicios en el domicilio o la comunidad. Sin embargo, otras muchas, especialmente las personas con necesidades más complejas o la infancia y adolescencia, reciben cuidados y apoyos en recursos institucionales como centros, albergues, residencias o pisos de protección.

**Al menos 391.543 personas reciben apoyo en recursos de atención residencial (ver Tabla 2), pero previsiblemente son muchas más si se suman las personas con discapacidad atendidas en residencias que no son mayores (menos de 65 años) y las personas en instituciones de salud mental, entre otros grupos de población.**

**Tabla 2. Personas que reciben apoyos y cuidados en instituciones residenciales**

	Nº	% sobre personas con necesidades de apoyo
<b>Personas mayores de 65 años</b> <sup>(1)</sup>	319.417	-
<b>Infancia y Adolescencia en acogimiento residencial</b> <sup>(2)</sup>	16.177	33,4% - 46,7%*
<b>Personas en situación de sinhogarismo</b> <sup>(3)</sup>	11.498	40,3%
<b>Personas con discapacidad</b> <sup>(4)</sup>	44.451**	-
<b>Total</b> *	<b>391.543</b>	-

\* El cálculo porcentual de niños y niñas en acogimiento residencial varía según la base de población analizada. El primer valor (33,4%) indica el porcentaje de niños y niñas en acogimiento residencial, sobre el total de menores de 18 años en situación de riesgo y desamparo (48.357). Por su parte, el segundo valor (46,7%) informa sobre el porcentaje de niños y niñas en acogimiento residencial, sobre el total de menores de 18 años que están en tutela de la Administración, es decir aquellos y aquellas con medidas de guarda (34.632).

\*\* Quedarían fuera de este total un número previsiblemente pequeño de personas menores de 65 años que hayan accedido a servicios residenciales por vía privada, para el que no existen datos en las fuentes consultadas.

(1): Información semanal COVID-19 en centros residenciales. Actualización 22/01/2023. IMSERSO (2023).

(2): Boletín de Datos Estadísticos de medidas de protección a la infancia. Datos a 31 de diciembre de 2021.

(3): Encuesta Nacional sobre Personas Sin Hogar, 2022.

(4): Información semanal COVID-19 en centros residenciales. Actualización 22/01/2023. IMSERSO (2023).

A continuación, se realiza una descripción del perfil sociodemográfico de los distintos grupos de población. Además, se identifica el número de personas que reciben atención en instituciones -siempre que las estadísticas oficiales lo permitan-.

### **2.2.2. Personas en situación de dependencia**

Las personas en situación de dependencia son aquellas que tienen requieren apoyos para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, algunos están oficialmente reconocidos por la Administración y otros no. Las situaciones de dependencia pueden ocurrir en cualquier momento vital y suelen estar determinadas por la presencia de enfermedades (físicas y mentales), la presencia de una o varias discapacidades u otras circunstancias que pueden reducir la autonomía. Se tiende a asociar el envejecimiento y la discapacidad con la dependencia, pero en la práctica existen personas con discapacidad y personas mayores que no experimentan la pérdida de su autonomía, aunque muchas otras (especialmente las personas mayores de 80 años y las personas con discapacidad igual o superior al 33%) tienen mayor riesgo de derivar en situaciones de dependencia. La dependencia es una realidad transversal que abarca perfiles



diversos. Cada persona experimenta una situación específica, pero todas comparten la necesidad de contar con apoyos para preservar la autonomía y vivir de forma independiente en la comunidad.

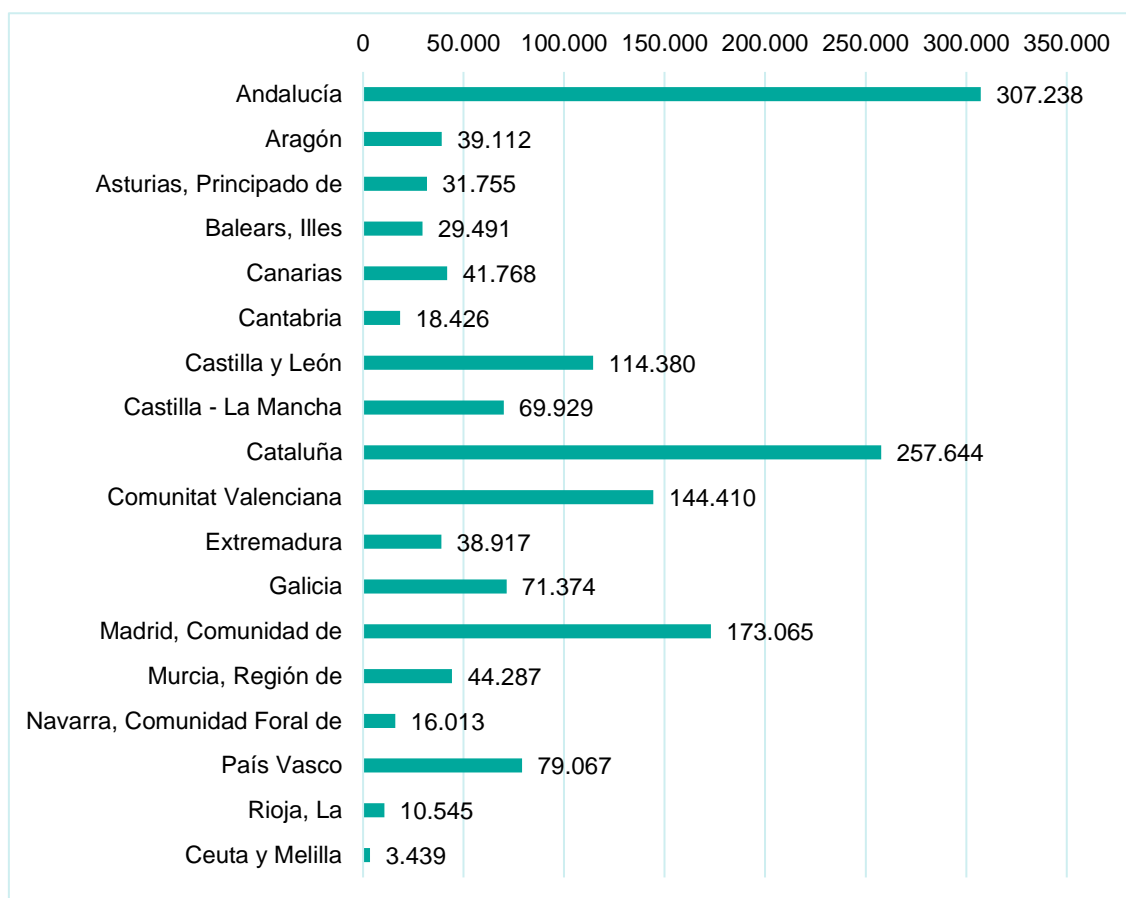
A fecha de 31 de diciembre de 2022, el SAAD registró un total de **1.490.860 personas con derecho a prestaciones del SAAD**, de las cuales **1.313.437 tienen resolución de reconocimiento de la prestación** (Plan Individual de Atención -PIA-) y **177.423 están a la espera de dicho reconocimiento**. Alrededor del 98,3% del conjunto de personas con derecho y resolución de PIA reciben efectivamente servicios y prestaciones del SAAD (es decir, 1.290.608 personas), mientras que el 1,7% restante (22.829 persona) están aún sin recibirlas.

Analizando el conjunto de **personas con derecho a servicios y prestaciones** identificadas en el Informe Semestral del SAAD (Imsero, 2022), se observa el siguiente perfil:

- **Las mujeres están sobrerrepresentadas.** El 63,4% de las personas con derecho reconocido son mujeres y el 36,6% varones. Es importante anotar que la presencia de mujeres es especialmente elevada en los tramos de 65 a 79 años y las personas mayores de 80 años.
- **Las personas con derecho reconocido se incrementan en los tramos de 65 a 79 años y las personas mayores de 80 años.** El 53,5% de las personas con derecho reconocido son mayores de 80 años (797.228), 66,7% son mujeres y 25,3% varones. El segundo grupo de edad más representado son las personas de 65 a 79 años, que suponen el 19,7% de las personas con derecho reconocido (294.291), encontrándose nuevamente un mayor peso de mujeres (62,1%) que de hombres (37,9%) (IMSERSO, 2022).
- **Existe un relativo equilibrio entre las distintas valoraciones de situaciones de dependencia.** Las personas con “Grado II” suponen el 37,6% del total de la población con derecho a prestaciones, seguido del Grado I (34,6%) y el Grado III (27,8%).
- **El 56,0% de las personas con derecho reconocido habitan en entornos urbanos**, de más de 30.000 habitantes, mientras que el **44,0% habitan en entornos rurales** (en entornos de menos de 30.000 habitantes).
- **El 49,5% del total de personas con derecho reconocido está concentrada en Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid: El 20,6% está localizada en Andalucía**, seguido de **Cataluña (17,3%)** y la **Comunidad de Madrid (11,6%)**. La distribución de las personas según la región se puede visualizar en el gráfico a continuación:



**Gráfico 2.** Número de personas en situación de dependencia oficialmente reconocida, según comunidad autónoma (datos a 31 de diciembre de 2022).



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Semestral del SISAAD y microdatos del Imsero (2022).

Los datos disponibles permiten conocer el número de personas en situación de dependencia que reciben servicios residenciales tanto en provisión directa por parte de la administración como a través de prestaciones económicas vinculadas. En el SISAAD **se registran un total de 259.043 prestaciones de atención residencial**, 175.956 mediante prestación directa y 83.087 mediante prestación económica vinculada al servicio (todas las edades). De ellas, 48.311 (18,64%) son personas menores de 65 años.

**El uso del servicio de atención residencial tiende a incrementarse conforme mayores son las necesidades de apoyo.** El 50,9% de las prestaciones de atención residencial son percibidas por personas con grado de dependencia III (131.951), el 43,7% por personas con grado de dependencia II (113.194) y tan solo el 5,4% lo perciben las personas de Grado I (13.898), según datos disponibles en el Informe del SISAAD (2022).

A continuación, se resumen las características sociodemográficas de las personas en situación de dependencia:





**Tabla 3.** Personas con derecho a prestaciones del SAAD, según sexo, edad y tamaño del hábitat (2022)

		Total de personas con derecho a prestación	
		Nº	%
SEGÚN SEXO	Mujer	945.758	63,4%
	Hombre	545.102	36,6%
SEGÚN EDAD	Menores de 3	3.651	0,2%
	De 3 a 18	88.173	5,9%
	De 19 a 30	51.801	3,5%
	De 31 a 45	72.252	4,8%
	De 46 a 54	74.050	5,0%
	De 55 a 64	109.414	7,3%
	De 65 a 79	294.291	19,7%
	Mayores de 80	797.228	53,5%
SEGÚN GRADO	GRADO I	515.590	34,6%
	GRADO II	560.619	37,6%
	GRADO III	414.651	27,8%
SEGÚN TAMAÑO DE HÁBITAT	Rural (<30.000 habitantes)	655.754	44,0%
	Urbano (>30.000 habitantes)	835.106	56,0%
<b>TOTAL</b>		<b>1.490.860</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Semestral del SISAAD y microdatos del Imsero (2022).

### 2.2.3. Personas mayores

Según la estadística de población continua del INE, a enero de 2023 se registraron en España un total de **9.682.098 personas mayores de 65 años**. El 70,3% de esta población tiene entre 65 y 79 años (6.809.944 personas), de las cuales el 53,8% son mujeres y el 46,2 % son hombres. Por su parte, el 29,7% tiene más de 80 años (2.872.154), encontrándose aquí una sobrerrepresentación de las mujeres: 63,1% son mujeres y 36,9% son varones.

**Tabla 4.** Población mayor de 65 años según sexo y grupo de edad (2023)

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 79 años	6.809.944	70,3%	3.143.359	46,2%	3.666.585	53,8%
80 años o más	2.872.154	29,7%	1.058.438	36,9%	1.813.716	63,1%
<b>Total</b>	<b>9.682.098</b>	<b>100%</b>	<b>4.201.797</b>	<b>43,4%</b>	<b>5.480.301</b>	<b>56,6%</b>

Fuente: Estadísticas continuas de población a 1º de enero de 2023 (INE, 2023).

**No todas las personas mayores tienen necesidades de apoyo y cuidado, pero sí podrían necesitarlos en el futuro.** Las personas mayores de 80 años representan el 6,0% de toda la población en España, según las estadísticas continuas de población del



INE (2023), pero teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, este grupo no solo incrementará su peso, sino que además continuará envejeciendo. Esto quiere decir que **en España esta población es (y será) cada vez más mayor** (para mayor detalle sobre proyecciones de población, referirse al apartado de Proyecciones de las personas que podrían necesitar apoyos).

Como se ha indicado previamente, a finales de 2022, se contabilizaban un total de **294.291 personas entre 65 y 79 años y 797.228 personas mayores de 80 años con derecho a servicios y prestaciones del SAAD**, lo que equivale al 19,7% y al 53,5% del total de personas con derecho a prestaciones del SAAD, respectivamente. Proporcionalmente, son más las mujeres mayores de 80 años que reciben apoyos: el 74,7% de mujeres frente al 25,3% de los hombres. Esta diferencia se debe a que las mujeres además de ser más longevas que los hombres, llegan a edades avanzadas en peores condiciones de salud debido, en gran medida, al impacto negativo de los trabajos de cuidados que afrontan durante toda su vida.

**Tabla 6. Personas con derecho a prestaciones del SAAD según sexo y grupo de edad (2022), porcentajes horizontales**

GRUPO DE EDAD	TOTAL	Hombre	Mujer	% Hombre	% Mujer
Menores de 3 años	3.651	2.099	1.552	57,5%	42,5%
De 3 a 18 años	88.173	60.702	27.471	68,8%	31,2%
De 19 a 30 años	51.801	31.570	20.231	60,9%	39,1%
De 31 a 45 años	72.252	41.296	30.956	57,2%	42,8%
De 46 a 54 años	74.050	40.181	33.869	54,3%	45,7%
De 55 a 64 años	109.414	56.168	53.246	51,3%	48,7%
De 65 a 79 años	294.291	111.469	182.822	37,9%	62,1%
Mayores de 80 años	797.228	201.617	595.611	25,3%	74,7%
<b>Total</b>	<b>1.490.860</b>	<b>545.102</b>	<b>945.758</b>	<b>36,6%</b>	<b>63,4%</b>

Fuente: Informe Semestral del SISAAD, Imserso (2022).

Además, con respecto a otras características relevantes de las personas mayores con necesidades de apoyo es importante destacar lo siguiente:

- **Alrededor del 60,9% del total de personas con discapacidad son mayores de 65 años** (2,6 millones, de las cuales 1,7 millones son mujeres) y **32,3% son mayores de 80 años** (1,4 millones, de las cuales 938 mil son mujeres), según datos de la EDAD (2020).
- Dentro de las **enfermedades crónicas diagnosticadas** entre la población mayor de 65 años se identifica la que más afecta a las personas la **depresión crónica** (que afecta a 448,2 mil personas), seguida de la **ansiedad crónica** (percibida por 371,9 mil personas), el trastorno bipolar (diagnosticada en 40,0 mil personas), y la **esquizofrenia** (afectando 19,6 mil personas de esta edad), según la EDAD (2020).



- **El Alzheimer (un tipo de demencia)<sup>39</sup>, afecta a 231,3 mil personas mayores de 65 años.** Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (68,8% de los casos) y en menor medida en los hombres (31,2%). **El 74,6% de las personas mayores de 65 años diagnosticadas con Alzheimer son mayores de 80 años**, y alrededor de un cuarto (25,4%) está en el tramo de 65 a 79 años (EDAD, 2020). Según el Ministerio de Sanidad (2020), las demencias son una de las principales causas de discapacidad y situaciones de dependencia (la incidencia es mayor entre las personas de 65 años, aunque también se presenta precozmente en personas menores de dicha edad). Dada la naturaleza de esta y otros tipos de demencias, las necesidades de apoyo y cuidado se van incrementando y complejizando con la edad, por lo que se trata de un perfil que suele atenderse en servicios de atención residencial.

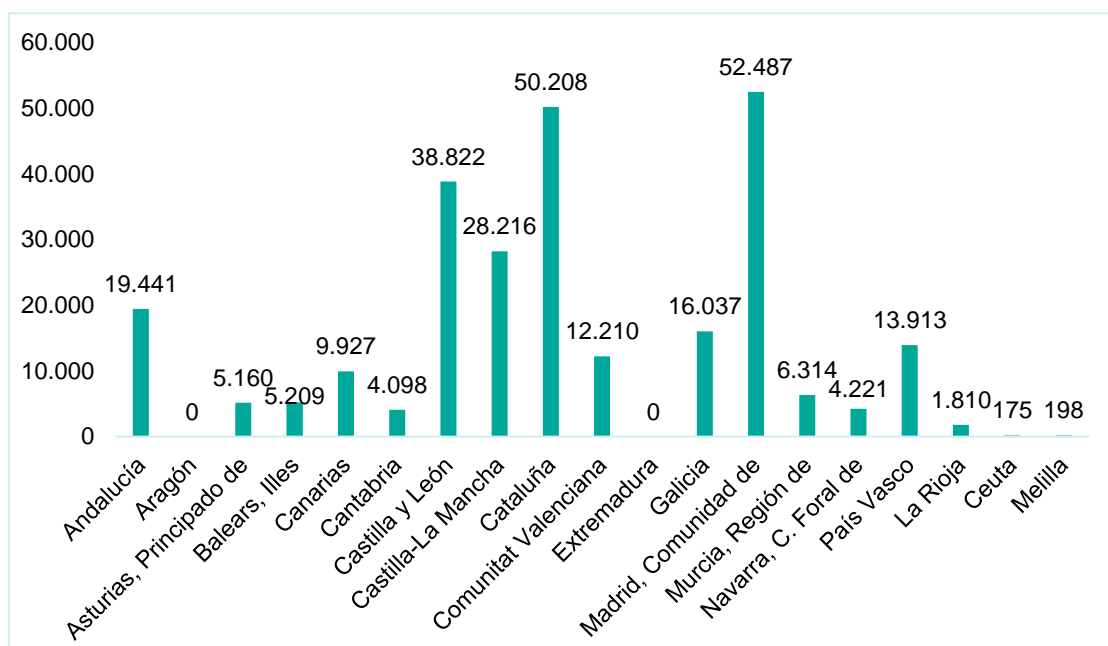
En cuanto a las personas atendidas en servicios de atención residencial, el Informe de Servicios Sociales dirigidos a personas mayores del Imserso (2021) refleja la siguiente fotografía:

- **Actualmente, las personas mayores de 65 años que utilizan servicios de atención residencial ascienden a 319.417 personas** en centros residenciales, según la Actualización N° 100 de Enfermedad por coronavirus en Centros Residenciales (Imserso, 2023).
- **Las mujeres representan el 69,8% de las personas mayores usuarias de Servicios de Atención Residencial**, frente al 30,2% de los hombres (de 65 años o más).
- **Las personas de 65 a 79 años utilizan en menor medida el servicio de atención residencial**, representando el 24,9% (66.904) del total de personas de 65 años o más. El 52,3% son mujeres y el 47,7% son hombres.
- **El servicio de atención residencial se utiliza en mayor intensidad por las personas mayores de 80 años**, suponiendo el 72,1% (191.615) del total de personas de 65 años o más. En este tramo de edad, las mujeres representan la gran mayoría: 75,8% son mujeres y solo el 24,2% son hombres.
- **La Comunidad de Madrid, Cataluña, Castilla y León y Castilla-La Mancha son los territorios en los que se reporta un mayor número de personas mayores en centros residenciales.** Por el contrario, son menos las personas alojadas en residencias en Ceuta, Melilla, La Rioja, Cantabria, Navarra y Asturias, según se ilustra en el **Gráfico 3**.

<sup>39</sup> “Según la OMS, la demencia es un término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas. La forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que puede representar entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal”, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023 (Ministerio de Sanidad).



**Gráfico 3.** Distribución de las personas de 65 años y más, usuarias de centros residenciales según comunidad autónoma (2021)<sup>40</sup>



Fuente: IMSERSO. Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2021.

#### 2.2.4. Personas con discapacidad

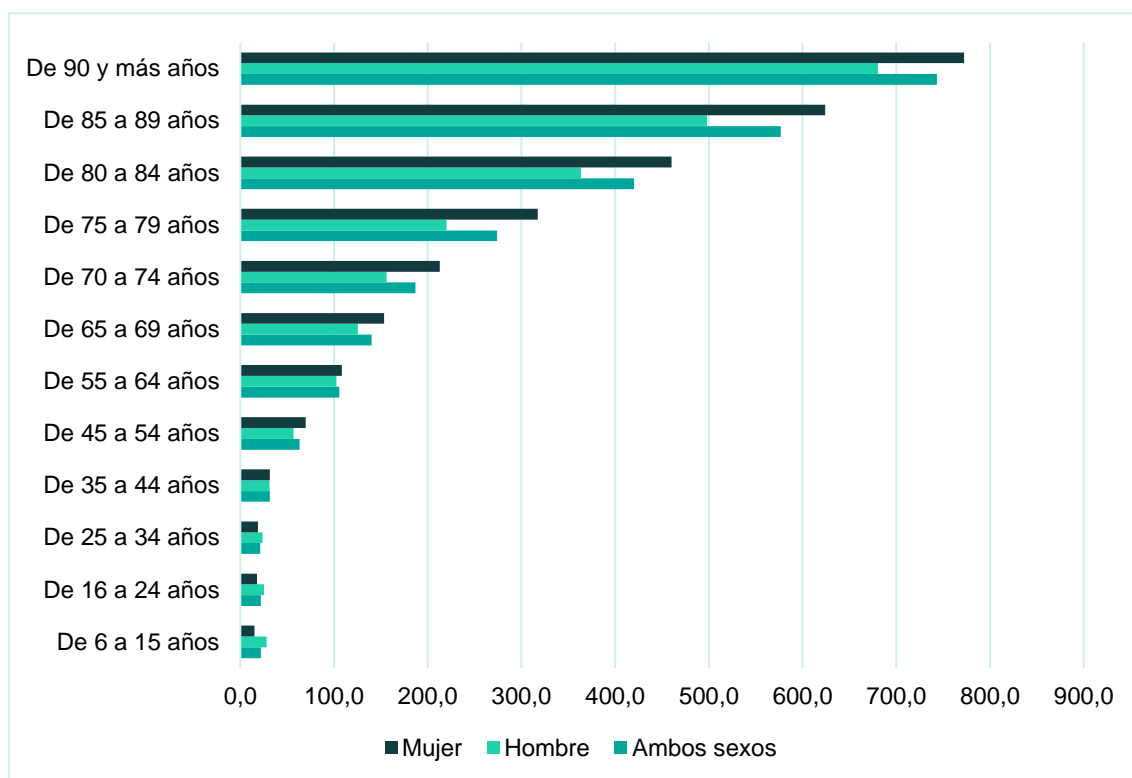
Según la Encuesta EDAD (2020) **4,32 millones de personas de 6 años o más<sup>41</sup>, de las cuales 1,77 millones son hombres (41,0%) y 2,55 millones son mujeres (59,0%), lo cual supone un 9,7% de la población de seis años o más. En términos generales, **la discapacidad está en un 40% más a las mujeres** (112,1 por mil habitantes) **que a los hombres** (81,2 por mil habitantes).**

Las evidencias apuntan que **la edad es determinante en la aparición de discapacidades, observándose con mayor intensidad en edades más avanzadas**. Así, a partir de 55 años empieza a observarse un incremento progresivo en las tasas de discapacidad por mil habitantes, llegando a 743,3 por cada mil habitantes entre las personas mayores de 90 años, como se observa en el gráfico a continuación.

<sup>40</sup> En Aragón y Extremadura no se proporcionan datos sobre el número de usuarios de centros de atención residencial, a pesar de contar con plazas y centros.

<sup>41</sup> En la descripción de la población con discapacidad, el análisis se centra en las personas que comprenden el grupo de edad de entre 6 y más años, ya que se considera que las menores de esta tienen habitualmente un pronóstico de evolución de difícil predicción.

**Gráfico 4.** Población de seis años y más con alguna discapacidad, según sexo y grupo de edad (2020), tasas por mil habitantes de seis años y más.



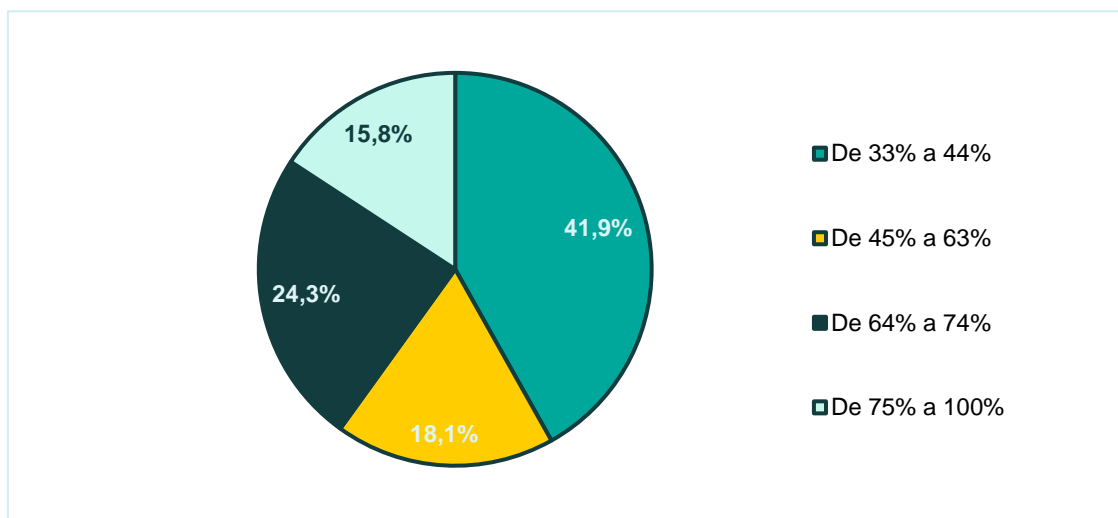
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta EDAD (INE, 2020).

En el **Gráfico 4** también se observa que la presencia de discapacidades es mayor entre los hombres menores de 34, pero a partir de los 35 años se empieza a observar una mayor representación de las mujeres. De hecho, a partir de los 70 años se produce una diferencia muy acusada en función del sexo, produciéndose una sobrerrepresentación femenina.

En cuanto al grado reconocido de discapacidad, la base de datos de personas con discapacidad del Imsero registró un total de **3.347.483 personas con un grado igual o superior al 33% de discapacidad**, de las cuales el 50,1% son hombres y el 49,9% son mujeres. El 41,9% de las personas valoradas con discapacidad tienen reconocido un grado entre el 33% al 44%, seguido de las personas en el rango de 64% a 74%, que alcanzan un porcentaje de 24,3%. Las personas con rangos de discapacidad del 45% al 63% y del 75% al 100% representan al 18,1% y al 15,8% de las personas con discapacidad reconocida, respectivamente.



**Gráfico 5.** Distribución de las personas con discapacidad igual o superior al 33%, según grado de discapacidad reconocido (2021)



Fuente: Base de datos de personas con discapacidad. Situación a 31 de diciembre de 2021. Imsero, 2021.

En cuanto a las personas con discapacidad que reciben apoyos y cuidados, la encuesta EDAD (2020) calcula que **las personas con discapacidad de 6 años o más que reciben algún tipo de ayuda (técnica, personal, o ambas) ascienden a 3,3 millones**. De este conjunto, no todas las personas tienen una situación de dependencia reconocida. Proportionalmente, **han accedido a alguna ayuda más mujeres que varones (78,2% y 71,8% respectivamente)**. Las ayudas tienden a incrementarse a medida que avanza la edad.

**Tabla 5.** Población de seis y más años con discapacidad que recibe ayudas personales y/o técnicas, según grupo de discapacidad por sexo y edad (miles de personas)

	TOTAL	De 6 a 44 años		De 45 a 64 años		De 65 a 79 años		De 80 y más años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Movilidad	1949,8	81,50	75,10	174,8	250,60	176,30	359,40	220,50	611,70
Vida doméstica	1746,6	92,10	76,40	136,40	190,50	128,50	300,60	231,60	590,60
Autocuidado	1252,3	70,70	56,90	99,60	95,70	101,20	182,80	181,40	463,90
Comunicación	625,9	75,00	47,30	58,00	42,70	47,70	72,50	85,90	196,90
Audición	579,00	13,80	14,30	53,40	48,70	89,00	109,00	83,60	167,10
Aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas	563,6	76,10	48,80	51,00	40,90	38,80	62,40	67,60	178,10
Visión	295,30	8,10	12,20	40,20	47,40	41,70	48,50	44,10	52,8

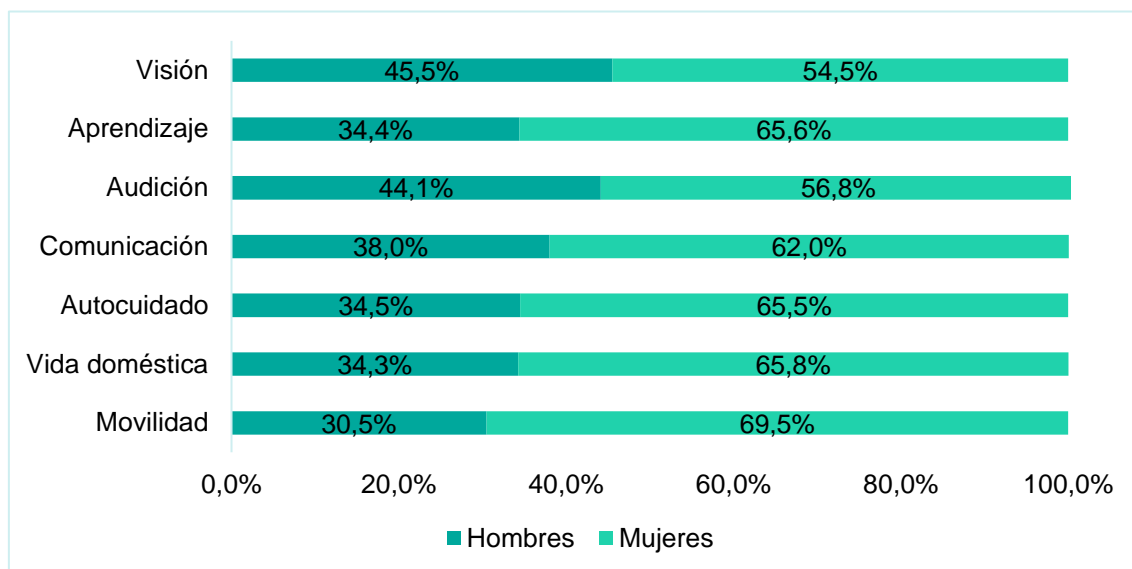
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, INE, 2020.

Atendiendo al tipo de discapacidad, se constata que **las ayudas han sido solicitadas en mayor medida por personas con dificultades para el autocuidado y para realizar**



**tareas de la vida doméstica**, seguidas de las personas con dificultades para el aprendizaje (EDAD, 2020).

**Gráfico 6.** Población de seis y más años con máximo grado de severidad que utiliza ayudas, según grupo de discapacidad y sexo

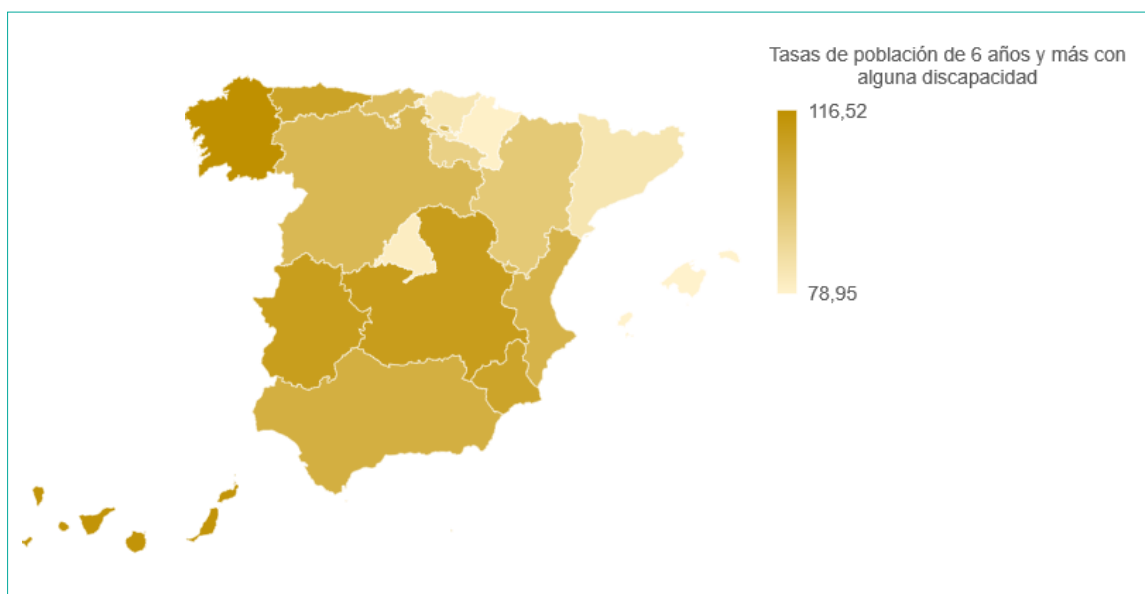


Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, INE, 2020.

**A nivel territorial, las mayores tasas de discapacidad de personas de seis y más años por cada mil habitantes corresponden a Galicia (116,5), Canarias (115,0), Castilla-La Mancha (111,4), Extremadura (111,4), por encima de la media nacional. Por otro lado, las tasas más bajas se observan en Islas Baleares (79,0), Navarra (79,6), Comunidad de Madrid (80,7), País Vasco (83,5) y Cataluña (84,1), según datos de la EDAD (2020).**



**Mapa 1.** Tasas de población de 6 años y más con alguna discapacidad según Comunidad Autónoma (tasas de población de 6 años y más por mil habitantes)



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, INE, 2020.

Estimar el número de personas con presencia de discapacidades atendidas en instituciones es complejo. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia en su versión de 2020 no estima el número de personas residentes en centros que declaran tener alguna discapacidad. Sin embargo, se pueden realizar algunas aproximaciones a través de informes publicados por el Imserso. Aunque estos datos no abarcan la totalidad de las personas con discapacidad en instituciones, sirven como un punto de referencia para aproximarse a su situación.

La Evaluación del SAAD (2022) realizó una triangulación de las bases de datos de personas con discapacidad y las estadísticas del SISAAD para identificar las personas con doble valoración de discapacidad y dependencia. En este análisis, el número de **personas con grado de dependencia reconocido y discapacidad reconocida del 33% o más alcanzaba una cifra de 740.419 personas**. Analizando las prestaciones a las que acceden las personas con esta doble valoración (de grado de dependencia y discapacidad del 33% o más), se encuentra que **el servicio de atención residencial es el tercer servicio más utilizado**, suponiendo el 13,0% del total de servicios y prestaciones que recibe este grupo de población.

Por su lado, el informe semanal COVID-19 en centros residenciales (IMSERO, 2023) recoge información de centros residenciales para personas con discapacidad y otros alojamientos permanentes de servicios sociales dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad. En la actualización del 22 de enero de 2023, se identifica un total de **44.451 personas con discapacidad atendidas en dichas instituciones**. Como se ha mencionado antes, se estima que las personas con discapacidad en instituciones podrían ser más si además se tienen en cuenta la totalidad de personas atendidas en hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia.

## 2.2.5. Infancia y Adolescencia en el Sistema de Protección

Las comunidades autónomas reportaron al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 que, en 2021, un total de **48.357 niños, niñas y adolescentes fueron atendidos en el sistema de protección**. En **34.632 casos la administración competente había tomado, ante la ausencia de los progenitores o la incapacidad de estos para ofrecer un ambiente seguro para la crianza, una medida de protección**. De la población infantil cuya tutela o guarda la tiene una administración pública, el 56,9% son niños y el 43,1% niñas.

**El 53,3% de los expedientes de guarda se han dado en acogimiento familiar y el 46,7% restante en acogimiento residencial**, lo que indica que hay un número considerable de niños, niñas y adolescentes en recursos residenciales con distinto grado de institucionalización (centros de protección, viviendas, entre otros recursos) y que en todo caso no viven en familias. En valores absolutos, un total de **16.177 niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección residen en recursos residenciales**, con mayor presencia de niños (63,8%) que de niñas (36,2%) y **18.455 están siendo acogidos por familias**, siendo el 50,8% niños y 49,2% niñas. Es importante señalar que el 62% están acogidos por una familia ajena y el 38% por algún miembro de su familia extensa.

**Tabla 6. Número total de niños, niñas y adolescentes con medidas de protección, según sexo y grupo de edad (2021)**

Edad	Acogimiento residencial			Acogimiento familiar		
	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino
0 a 3	503	235	268	3.411	1.665	1.746
4 a 6	536	215	321	2.781	1.369	1.412
7 a 10	1.835	798	1.037	3.920	1.885	2.035
11 a 14	4.283	1.861	2.422	4.643	2.271	2.372
15 a 17	9.020	2.749	6.271	3.700	1.894	1.806
<b>Total</b>	<b>16.177</b>	<b>5.858</b>	<b>10.319</b>	<b>18.455</b>	<b>9.084</b>	<b>9.371</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del Boletín Nº 24 de Datos Estadísticos de medidas de protección a la Infancia, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Analizando el sexo y la composición etaria de los niños y niñas con medidas de protección, se extraen las siguientes conclusiones:

- **El número total de niños y niñas de 0 a 3 años (503; 3,1%) y de 4 a 6 años (536; 3,3%) en acogimiento residencial aún es elevado** y está lejos de adaptarse a lo establecido por la legislación vigente<sup>42</sup>. En conjunto, suponen el 6,4% del total de menores de edad en acogimiento residencial. Por su lado, **la**

<sup>42</sup> De acuerdo con la **Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (LOPJM), en su artículo 21 sobre Acogimiento residencial, epígrafe 3 *“Con el fin de favorecer que la vida del menor se desarrolle en un entorno familiar, prevalecerá la medida de acogimiento familiar sobre la de acogimiento residencial para cualquier menor, especialmente para menores de seis años. No se acordará el acogimiento residencial para menores de tres años salvo en supuestos de imposibilidad, debidamente acreditada, de adoptar en ese momento la medida de acogimiento familiar o cuando esta medida no convenga al interés superior del menor”*.

infancia de 0 a 3 años y de 4 a 6 años representa el 18,5% y el 15,1% de los acogimientos familiares.

- **Las medidas de acogimiento residencial se incrementan con la edad.** El 11,3% de los menores de edad en acogimiento residencial tiene entre 7 y 10 años. El 26,5% de los niños y niñas con esta medida de protección están en el tramo de 11 a 14 años y el 55,8% tiene entre 15 a 17 años (en su mayoría varones), lo que significa que muchos llegan a la mayoría de edad sin pasar por una solución de base familiar. Los varones representan más del 50% de cada grupo etario, pero a partir de los 15 años la diferencia se hace aún más significativa (69,5%). En el **acogimiento familiar** se observa una mayor distribución de los niños y niñas en las distintas edades, pero es evidente que **a medida que avanza la edad disminuye el acogimiento en familias y avanza en el acogimiento residencial**. No se observan diferencias significativas por sexo.

Con relación a la **nacionalidad**, los niños y niñas de nacionalidad española representan el 59,5% de la población en modalidad de acogimiento residencial (53,1% niños y 46,9% niñas), manteniendo la tendencia iniciada en 2020, año en el que se reducen los acogimientos residenciales de menores de edad extranjeros como efecto de las medidas adoptadas durante la pandemia de la COVID-19. Por su parte, la infancia de nacionalidad extranjera supone el 40,5% del total de menores en acogimiento residencial, encontrándose una diferencia sustancial según el sexo (79,5% son varones y 20,5% niñas) (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021).

**Tabla 7.** Niños, niñas y adolescentes con medidas de protección, según nacionalidad (2021)

Nacionalidad	Acogimiento residencial		Acogimiento familiar	
	Nº	%	Nº	%
Nacionalidad española	9.626	59,5%	16.657	90,3%
Nacionalidad Extranjera	6.551	40,5%	6.551	9,7%
<b>Total</b>	<b>16.177</b>	<b>100%</b>	<b>18.455</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del Boletín Nº 24 de Datos Estadísticos de medidas de protección a la Infancia, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Es relevante destacar que **el peso de los niños, niñas y adolescentes de origen extranjero en la modalidad de acogimiento familiar es mucho menor**, representando solo el 9,7% de los acogimientos familiares (51,3 niños y 48,7% niñas), frente al 90,3% de niños y niñas de nacionalidad española (50,7% niños y 49,3% niñas). Esta tendencia es aún más evidente entre los **menores de edad no acompañados**: de las 4.653 medidas de protección dirigidas a este grupo, **solo en 2,3% de los casos se aplica la medida de acogimiento familiar** (60 niños y 49 niñas), **el 97,7% restante entra al sistema a través del acogimiento residencial** (4.321 niños y tan solo 332 niñas), según el Boletín Estadístico Nº24 del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda



2030 (2022). El rango de edad de llegada de los menores de edad no acompañados oscila entre 14 y 17 años, aunque existe evidencia de que la edad es cada vez menor. En su mayoría provienen de países del Magreb o África subsahariana (Save the Children, 2020).

Conviene también destacar la **situación de los niños, niñas y adolescentes con presencia de alguna discapacidad**. En conjunto, se identifican un total de 2.535 niños y niñas con discapacidad en tutela de la administración, de los cuales el 57,0% está en situación de acogimiento residencial (1.446) y el 43,0% en acogimiento familiar (1.083).

**Tabla 8.** Número total de niños y niñas con medidas de protección, según si tienen discapacidad o no (2021)

	Acogimiento residencial			Acogimiento familiar		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Ambos sexos	Niños	Niñas
<b>Sin discapacidad</b>	14.731	9.314	5.417	17.366	8.733	8.633
<b>Con discapacidad</b>	1.446	1.005	441	1.083	638	451
<b>Total</b>	16.177	10.319	5.858	18.455	9.371	9.084

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 24. Datos 2021. Observatorio de la infancia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Los datos del Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (2021), permite extraer los siguientes hallazgos:

- **Los niños y niñas con discapacidad en acogimiento residencial se han incrementado en un 40,4%**, pasando de 1.030 en 2020 a 1.446 en 2021. Según el Boletín, dicho incremento ha sido impulsado principalmente por los menores de edad masculinos, que pasaron de 630 en 2020 a 1.005 en 2021. Esto último quiere decir que el acogimiento residencial parece ser la principal respuesta para este grupo de población.
- Simultáneamente, **el número de acogimientos familiares de menores de edad con discapacidad se ha reducido un 36,4%**, pasando de 1.714 en 2020 a 1.089 en 2021.
- **Los acogimientos residenciales son mayores entre los niños con discapacidad (69,5%) que entre las niñas en la misma situación (30,5%)**, mientras que en el acogimiento familiar esta brecha es menor (58,9% son niños y 41,6% son niñas).

Como sucede con la infancia de origen extranjero, niños y niñas con problemas de conducta o con algún grado de discapacidad, los grupos de hermanos/as tienden a ser menos acogidos en familias, como producto de una segregación no intencionada del propio sistema de protección de la infancia y la adolescencia (Aldeas Infantiles, 2022).

Finalmente, también es relevante tener en cuenta el grupo de **jóvenes con trayectoria en el sistema de protección**, especialmente aquellos y aquellas de 18 a 23 años de edad. Las personas jóvenes que abandonan el sistema se enfrentan a un proceso de



transición a la vida adulta sin contar con los apoyos de los que disponen los jóvenes de la población general. Estas situaciones derivan en itinerarios formativos incompletos, altas tasas de desempleo o empleos precarios, dificultades para acceder a la vivienda, problemas de salud mental, entre otros (Martín, 2023).

La juventud de 18 a 23 años que ha atravesado el sistema de protección de la infancia y la adolescencia puede estimarse a partir del número de bajas en el sistema por mayoría de edad. **Entre 2015 y 2021, las comunidades autónomas reportaron un total de 30.477 bajas del sistema por mayoría de edad. El 80,0% de las bajas se ha dado en acogimientos residenciales y el 20,0% restante en acogimiento familiar,** según información estadística del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

**Tabla 9.** Evolución del número de salidas del Sistema de Protección a la Infancia (2015-2021)

Año	Total	Bajas en acogimiento residencial	Bajas en acogimiento familiar
2021	3.684	3.684	9.57
2020	5.170	3.929	1.241
2019	6.222	5.180	1.042
2018	4.835	4.002	833
2017	4.125	3.086	1.039
2016	3.304	2.232	1.072
2015	3.137	2.268	869
<b>Total</b>	<b>30.477</b>	<b>24.381</b>	<b>6.096</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (2015-2021). Observatorio de la infancia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Más allá de la baja por mayoría de edad, no existen datos sistemáticos y periódicos sobre la juventud que ha transitado por el sistema, sin embargo, algunos estudios específicos permiten obtener una fotografía. Según la investigación sobre “Personas jóvenes en ex tutela y/o riesgo de exclusión social” elaborada por la Cruz Roja Española en 2019, el perfil de los 473 jóvenes encuestados que participan en sus programas de emancipación es el siguiente:

- 36% son mujeres jóvenes y el 64% son hombres.
- 53% son jóvenes españoles y 47% de origen extranjero.
- 47% de los y las jóvenes con experiencia en el sistema de protección de la infancia y la adolescencia admiten que funcionar como personas adultas y responsables de sí mismas resulta “más bien complicado o difícil”.

Por su parte, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones reporta a un total de **13.533 menores de edad no acompañados y jóvenes (de 16 y más años) con autorización de residencia que han transitado por el sistema de protección** (93,3% hombres y 6,7% mujeres). La mayoría de ellos se concentra en el rango de 18 a 20 años de edad, que en conjunto representan el 65,7% de la población en cuestión. Del conjunto de esta población, **53,9% cuenta con autorización para trabajar en alta laboral** (7.306, 95,9% hombres y 4,2% mujeres), como resultado del reglamento de extranjería





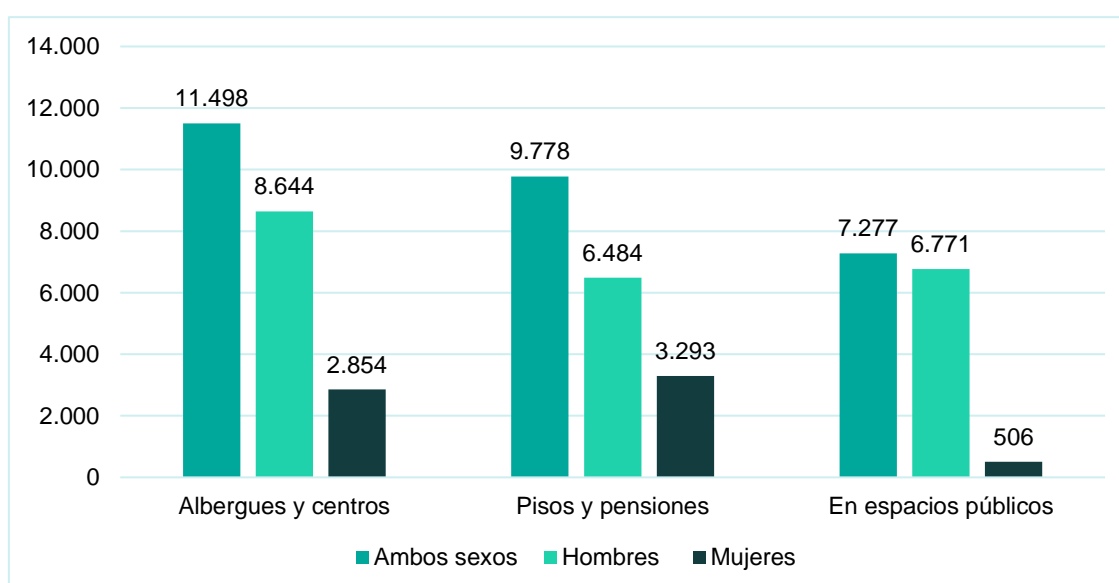
que modifica el régimen jurídico de menores y jóvenes en ex tutela para favorecer su inclusión en España, aprobada en 2021.

La máxima expresión de la vulnerabilidad de la juventud que ha transitado por el sistema de protección, que se exagera en la juventud de origen extranjero (especialmente los que están en situación irregular), es el **sinhogarismo joven**, cuya descripción sociodemográfica se puede analizar con mayor profundidad en el apartado de Personas en situación de sinhogarismo. Según la Cruz Roja Española, el sinhogarismo afecta al 10,4% de los jóvenes encuestados en el estudio antes mencionado, en su mayoría varones (93%) y extranjeros extracomunitarios (89%), la mitad tenía alrededor de 18 años. En el mismo estudio, se encontró que el 24% de los jóvenes sin hogar estuvo separado de sus familias y bajo el sistema de protección de la infancia y la adolescencia y su principal problema es la falta de ingresos derivada del desempleo o los empleos precarizados (Cruz Roja Española, 2019).

### 2.2.6. Personas en situación de sinhogarismo

En España **28.552 personas no tienen un hogar o viven en las calles -24,5% más que en 2012-**, de los cuales el 76,7% son hombres y el 23,3% son mujeres, según la última Encuesta sobre Personas sin Hogar (2022). La población en situación de sinhogarismo tiende a dormir con mayor frecuencia en centros y albergues, aunque en los últimos años se ha observado el incremento de las personas atendidas en pisos y apartamentos. En concreto, **11.498 personas sin hogar reciben apoyos en albergues y centros colectivos**, siendo más los varones (75,2%) que las mujeres (24,8%). Por su parte, 9.778 personas sin hogar residen en viviendas y pensiones, 33,7% de mujeres y 66,3% hombres. Un total de 7.277 personas se encuentra en situación de calle (7,0% mujeres y 93,0% hombres), y posiblemente no estén recibiendo la atención adecuada por parte de los recursos disponibles.

**Gráfico 7.** Número de personas en sin hogar según sexo y lugar de pernoctación (2022)



Fuente: Encuesta sobre Personas sin Hogar, INE (2022).



En los últimos años se ha visibilizado cada vez más la **heterogeneidad del sinhogarismo, observándose el aumento de jóvenes y mujeres en la composición de esta población**. El peso de las mujeres se ha incrementado en un 47,4% con respecto a 2012. Poco más del 10% de las personas sin hogar en España (unas 3.000 personas) son mujeres de nacionalidad extranjera, alrededor del 9% presenta enfermedades crónicas, 6.5% tiene algún tipo de discapacidad y alrededor de 500 mujeres sin hogar son mayores de 65 años (INE, 2022). Algunos estudios apuntan que **el número de mujeres sin hogar podría ser mayor**, dado que permanece como un fenómeno oculto no solo porque se ocultan de los espacios públicos, sino también porque “utilizan estrategias relacionales que les protegen de la situación de calle (alojamiento en hogares de familiares, amistades y/o en instituciones sociales)” (Matulič, 2019).

También se han empezado a observar **cambios en la composición etaria de las personas sin hogar, con un mayor peso de jóvenes y adultos** (entre 18 y 29 años, y 45 y 64 años, respectivamente) y especialmente de personas mayores. El 21,1% son menores de 29 años, el 30,0% entre 30 y 44, el 43,3% entre 45 y 64, y el 5,5% tienen más de 64 años (INE, 2022). El crecimiento de la población joven en situación de sinhogarismo está relacionado con la salida del sistema de protección o procesos migratorios que se ven truncados al ingresar a España.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, se constata que **el peso de las mujeres en este grupo de población tiende a incrementarse a medida que avanza el ciclo vital** de las personas, pasando de representar casi el 18% entre las personas menores de 29 años, a 27,1% entre las mayores de 64 años, revelando la confluencia de varios factores de vulnerabilidad en las mujeres sin hogar.

**Tabla 10.** Distribución de las personas sin hogar según sexo y grupo de edad, porcentajes verticales (2022)

Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
Entre 18 y 29 años	4.958	82,1	1.078	17,9
Entre 30 y 44 años	6.391	74,5	2.182	25,5
Entre 45 y 64 años	9.400	76	2.966	24
Más de 64 años	1.151	72,9	427	27,1
<b>Total</b>	<b>21.900</b>	<b>76,7</b>	<b>6.652</b>	<b>23,3</b>

Fuente: Encuesta sobre Personas Sin Hogar. INE (2022).

**Las situaciones de calle tienden a ser mayores entre la juventud (18 a 29 años) y la adultez (30 y 44 años)**, en comparación con etapas vitales más avanzadas. Por el contrario, **el uso de albergues y centros colectivos tiende a ser mayor entre las personas de 45 y 64 años y las mayores de 64** (43,8% y 44,6% respectivamente).



**Tabla 11.** Distribución de las personas sin hogar según edad y lugar de pernoctación (2022)

	Albergues y centros	Pisos y pensiones	Situación de calle	Total
Entre 18 y 29	40,7%	32,5%	26,8%	100%
Entre 30 y 44	34,0%	35,3%	30,6%	100%
Entre 45 y 64	43,8%	33,9%	22,3%	100%
Más de 64	44,6%	38,1%	17,3%	100%

Fuente: Encuesta sobre Personas Sin Hogar. INE (2022).

En cuanto al origen, el peso de la población española en situación de sinhogarismo es levemente superior al de la población extranjera, 50,1% y 49,9% respectivamente. **Más de la mitad del total de personas extranjeras en situación de sin hogar (53,3%) provienen de países del continente africano, seguido de las personas que provienen de América (25,9%),** países de la Unión Europea (12,8%), otras nacionalidades (4,1%) y el resto de Europa (3,9%) (INE, 2022).

Por rangos de edad **en la población extranjera en situación de sinhogarismo prevalecen las personas más jóvenes.** Las personas menores de 44 años representan el 68,1% del total de extranjeros en situación de sinhogarismo (32,5% son menores de 29 años y 35,6% se encuentra en el tramo de 30 a 44 años), seguido de las personas entre 45 y 64 años (28,7%) y en mucha menor medida las personas mayores de 64 años (3,2%), según el INE (2022).

Con respecto al lugar de pernoctación, no observan mayores variaciones, 39,6% de las personas extranjeras en situación de sinhogarismo se encuentran en albergues y centros, 36,2% en pisos y pensiones y 24,3% están en situación de calle. Por su parte, el 41,0% de las personas de nacionalidad española son atendidas en albergues y centros, 32,3% en pisos y pensiones y 26,7% pernoctan en espacios públicos (INE, 2022).

También es importante destacar que el **20,5% de la población en situación de sinhogarismo tiene algún tipo de discapacidad**, de las cuales el 19,5% tiene un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Del total de personas con discapacidades, el 44,2% son usuarias de albergues y centros colectivos (frente al 39,3% de la población sin discapacidad), un 33,7% se encuentra en pisos y pensiones (frente al 34,4% de las personas sin discapacidad) y alrededor de 22,2% se encuentra en situaciones de calle (frente al 26,4% de la población sin discapacidad).

Finalmente, es importante destacar que en el sinhogarismo confluyen varias vulnerabilidades y problemáticas que incrementan el riesgo de situaciones de exclusión e institucionalización, como suele ser la coexistencia de patologías duales, problemas de salud mental, envejecimiento y/o adicciones. La Encuesta sobre personas sin hogar (INE, 2022) revela lo siguiente:

- El **37,4% manifiesta tener alguna enfermedad crónica**, siendo mayor en las mujeres (43,6%) que en los hombres (35,5%). La enfermedad más frecuente es



el **trastorno mental**, diagnosticada en el 9,4% de los casos (9,1% en hombres y 10,7% en mujeres).

- **El 59,6% de las personas en situación de sinhogarismo presenta algún síntoma depresivo**, siendo más alto en mujeres (67,8%) que en hombres (32,2%).
- **El 32,6% tiene un consumo alto o excesivo de drogas y alcohol**, y aunque no existen datos estadísticos sobre la existencia de patologías duales, es posible que un porcentaje significativo de esta población presente problemas de salud mental y consumo de drogas o alcohol.

### 2.2.7. Proyecciones de las personas que podrían necesitar apoyos

De acuerdo con cálculos del IMSERSO (2023), **la población potencialmente en situación de dependencia se estima en 6.486.146 personas**; se incluyen en este cálculo las personas de 0 a 64 años con grado de discapacidad igual o superior al 33% (que suponen el 26,4% del total de las personas potencialmente en situación de dependencia), la proporción de personas con derecho a las prestaciones del SAAD en los distintos grupos quinquenales del tramo de 65 a 79 años (28,7%) y todas las personas mayores de 80 años (45,0%). Se trata de una cifra que equivale al **13,6% de la población total actual en España**, y que incrementará en el futuro.

Las previsiones demográficas indican que **la población con necesidades de apoyo aumentará en el medio y largo plazo junto con la longevidad**. Según las proyecciones de población 2022-2072 del INE, España ganaría más de cuatro millones de habitantes en los próximos 15 años y más de cinco millones hasta 2072 si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales.

La pirámide de población en España sigue su evolución con un aumento de la edad promedio y un aumento de la proporción de personas mayores, con una tendencia de crecimiento que ha aumentado su intensidad en el tiempo. El envejecimiento de la población se acelerará en la próxima década, con la llegada a la vejez de los *baby boomers* (Fariñas, 2022). En el marco del proceso de envejecimiento, asistiremos al crecimiento del problema de las generaciones que vayan envejeciendo y no tengan vivienda en propiedad (o que estén en una situación de sin hogar y extrema vulnerabilidad), que pagarán el alquiler con grandes dificultades económicas (ahora ya el 20% de los mayores de 65 años vive en situación de vulnerabilidad residencial extrema), según el Observatorio de Vivienda Asequible de Provivienda (2023).

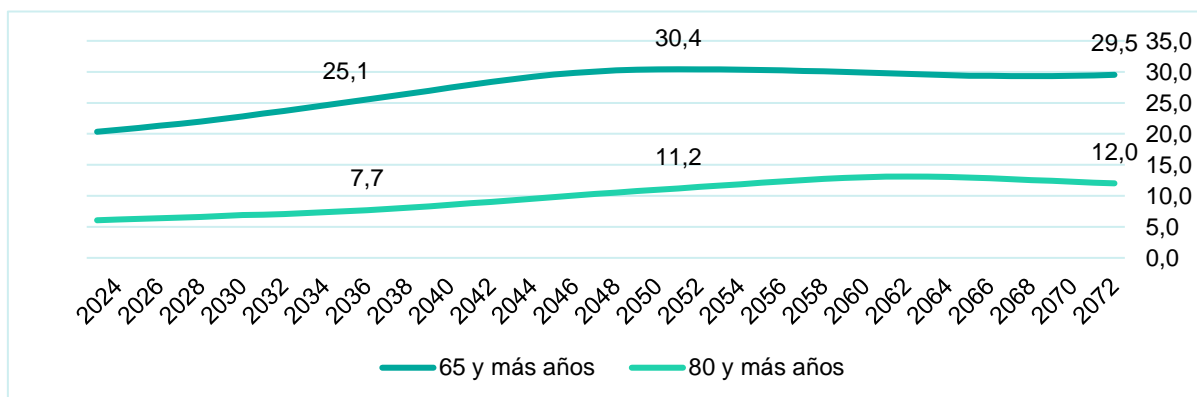
**La población mayor de 65 años incrementará su peso en la población general** por una doble vía. En primer lugar, el número de nacimientos será mayor al número de defunciones, lo que dará lugar a un crecimiento vegetativo de la población a medio y largo plazo. En segundo lugar, la población incrementará su longevidad. En 2071 la esperanza de vida al nacer alcanzaría en los 86 años en los varones y los 90 en las mujeres. En el mismo período, se estima que las personas con 65 años vivirán muchos años más, con un promedio de 22,72 años para los hombres y 26,30 años para las mujeres, según datos del INE.

La proporción de la población mayor de 65 años, que en la actualidad representa el 20,1% del conjunto de la población, representará el 25,1% en 2035 y 30,4% en 2050.



La proporción de personas de 80 años y más llegarán a representar el 13,1% en 2060, de acuerdo con las proyecciones del INE.

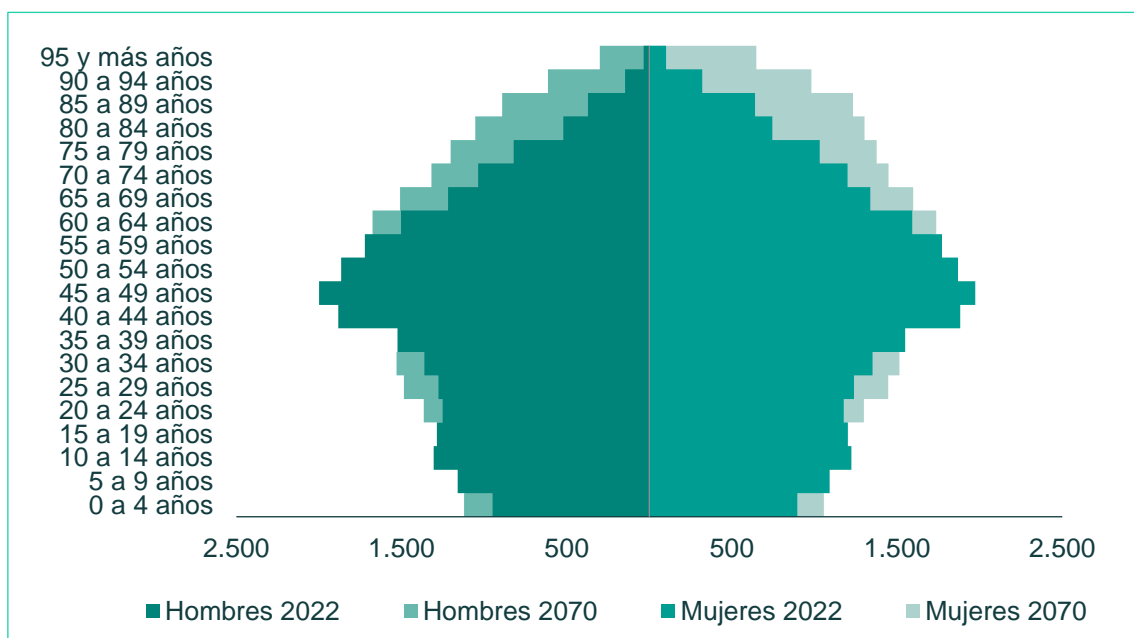
**Gráfico 8.** Proporción de población mayor de cierta edad por año (proyección 2022-2072)



Fuente: Proyecciones de población 2022-2072 (INE, 2022).

Las proyecciones de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF) apuntan en la misma dirección: en 2070 se estima el **incremento de los grupos de edad más avanzados (mayores de 66 años) y un estancamiento o descenso de otros grupos etarios.**

**Gráfico 9.** Proyección de la población residente en España a 2070, según grupos quinquenales de edad (miles de personas)



Fuente: Opinión sobre la sostenibilidad de las administraciones públicas a largo plazo: la incidencia de la demográfica. AIREF, 2023.



Por lo tanto, en los próximos años se prevé que se incrementará la demanda de apoyos y cuidados en España, lo que implicará una importante presión en los sistemas de protección y las políticas sociales. En el contexto actual, la “crisis de los cuidados” se hace fuertemente visible por la confluencia de varios factores que están transformando la estructura tradicional en la que se basan los cuidados, a cargo de las familias, y especialmente de las mujeres: el incremento de las personas con necesidades de apoyo, la presencia masiva de mujeres en el mercado de trabajo, la nuclearización y diversidad familiar (especialmente los hogares unipersonales y monomarentales), la precariedad del tejido social y la vulnerabilidad económica.

### 2.3. Descripción de las familias que cuidan

#### IDEAS FUERZA

- Los **cuidados familiares son la columna vertebral de los Cuidados de Larga Duración en España**, el 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas únicamente por algún integrante de la familia.
- Las **principales cuidadoras familiares** de las personas en situación de dependencia **son mujeres**: las hijas, las madres y las parejas. Lo mismo ocurre con las personas con discapacidad. El modelo de cuidados tradicional genera y ha generado durante décadas desigualdades de género, lo que limita la autonomía y la calidad de vida de las mujeres cuidadoras.
- Hay más de 70 mil personas afiliadas al Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.
- La **dedicación a los cuidados limita el desarrollo profesional** y la posibilidad de trabajar, así como el **desarrollo personal** y la **participación** en la vida social.
- Las familias y personas que cuidan demandan más información, apoyo y acompañamiento, así como recursos económicos suficientes para hacer frente a sus necesidades y medidas de conciliación.

En España, al igual que en el resto de los países mediterráneos, el modelo de cuidados “*familista*”<sup>43</sup> ha sido históricamente predominante, siendo la **familia la principal proveedora de cuidados informales, especialmente las mujeres**. Sin embargo, en las últimas décadas se ha producido una evolución hacia un modelo mixto, en el que se combinan los cuidados informales de la familia con servicios de cuidados profesionales

<sup>43</sup> Término que se ha utilizado académicamente para describir los sistemas de provisión de cuidados basados en la familia.





proporcionados por el Estado y por el Tercer Sector y/o por servicios privados contratados por las propias familias, estos últimos no siempre profesionales.

A pesar de esta evolución, el modelo de cuidados “*familista*” persiste, especialmente en lo que se refiere a los cuidados a personas mayores, personas con discapacidad e infancia. De acuerdo con la última Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE, 2020), del total de las personas con discapacidad que recibieron cuidados (4.318.100), **el 24,28% (1.480.600) fueron cuidadas por personas residentes en el hogar**, es decir que las personas cuidadoras principales son integrantes de la familia.

Es importante mencionar que, tanto en el caso de las personas con discapacidad como de personas mayores, el cuidado familiar en la vivienda por parte de la madre y/o el padre o de otro familiar, no tiene por qué formar parte de un proyecto de vida elegido (ni por parte de la persona que cuida ni de la persona que es cuidada), sino que puede ser debido a la inexistencia de alternativas para lograr tener una vida independiente y en la comunidad.

De acuerdo con el Informe de evaluación del SAAD de 2022, **los cuidados familiares siguen siendo la columna vertebral de los cuidados de larga duración en España, aunque con nuevas fórmulas en las que se externalizan los cuidados, pero manteniendo la organización como responsabilidad de la familia, mayoritariamente de las mujeres de la familia:**

- **El 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas única y exclusivamente por alguna persona de su familia**, sin participación de otro tipo de recursos del entorno.
- **Las principales cuidadoras de las personas en situación de dependencia son hijas**, 27,3% frente al 13,3% de hijos.
- **El porcentaje de hombres cuidadores que están jubilados es la pauta mayoritaria entre los varones** y ascienden al 42,3%, frente al 19,2% de las mujeres, lo que indica que la participación de hombres en los cuidados se produce especialmente cuando salen del mercado laboral, mientras que la implicación y responsabilidad de las mujeres en los cuidados se mantiene elevada a lo largo de toda la trayectoria vital, aun cuando tienen un trabajo formal.
- **Cuando la persona receptora de cuidados es un hombre, estas labores las realizan un 35,8% de mujeres frente al 16,6% de hombres que cuidan de sus cónyuges mujeres.** Si en cambio, la persona recibe cuidados de sus padres, en el 16,6% de los casos lo hace la madre, y sólo en el 1,9% de los casos el padre es el cuidador principal.

De acuerdo con la EDAD (2020), casi la mitad de las personas de seis y más años con discapacidad indicaron recibir cuidados y/o asistencia. **Un 24,2% recibía estos cuidados solamente por personas residentes en su hogar**, un 11,9% por personas no residentes y en un 12,8% de los casos los cuidados eran prestados por ambos, el porcentaje restante no recibe cuidados o asistencia o no consta. **El 29,2%, recibió cuidados de su cónyuge o pareja. El 63,7% de las personas cuidadoras eran mujeres**, siendo el perfil más frecuente, el de una mujer entre 45 y 64 años (41,0% de



los casos) y hombres de ese mismo grupo de edad (20,7%). Entre las personas de 6 a 44 años que recibieron cuidados, la figura cuidadora principal fue alguno de sus progenitores en un 69,8% de los casos (10,5% el padre y 59,3% la madre). (INE, 2020).

La siguiente tabla demuestra los datos en cuanto a la población con discapacidad que recibió cuidados y la relación con su principal persona cuidadora:

**Tabla 12.** Población de 6 y más años con discapacidad que recibe cuidados según el parentesco o relación del cuidador principal por sexo

Total de personas que proveen cuidados	Total de personas con discapacidad que reciben cuidados		Hombres con discapacidad que reciben cuidados		Mujeres con discapacidad que reciben cuidados	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total de personas que proveen cuidados</b>	<b>2.120,6</b>	100%	<b>813,3</b>	100%	<b>1.307,3</b>	100%
<b>Cónyuge o pareja</b>	<b>618,6</b>	29,2%	<b>335,7</b>	41,3%	<b>282,9</b>	21,6%
<b>Madre</b>	<b>189,0</b>	8,9%	<b>118,3</b>	14,5%	<b>70,8</b>	5,4%
<b>Padre</b>	<b>34,2</b>	1,6%	<b>23,8</b>	2,9%	<b>10,4</b>	0,8%
<b>Hija</b>	<b>538,4</b>	25,4%	<b>108,4</b>	13,3%	<b>430,0</b>	32,9%
<b>Hijo</b>	<b>264,6</b>	12,5%	<b>60,7</b>	7,5%	<b>203,9</b>	15,6%
<b>Otro familiar</b>	<b>213,1</b>	10,0%	<b>92,8</b>	11,4%	<b>120,3</b>	9,2%
<b>Persona empleada del hogar</b>	<b>139,9</b>	6,6%	<b>36,0</b>	4,4%	<b>103,9</b>	7,9%
<b>Personal sociosanitario</b>	<b>45,2</b>	2,1%	<b>14,6</b>	1,8%	<b>30,6</b>	2,3%
<b>Asistente personal</b>	<b>29,4</b>	1,4%	<b>7,2</b>	0,9%	<b>22,2</b>	1,7%
<b>Otra persona</b>	<b>34,3</b>	1,6%	<b>12,7</b>	1,6%	<b>21,6</b>	1,7%
<b>No consta</b>	<b>13,9</b>	0,7%	<b>3,1</b>	0,4%	<b>10,9</b>	0,8%

Fuente: INE, EDAD (2020).

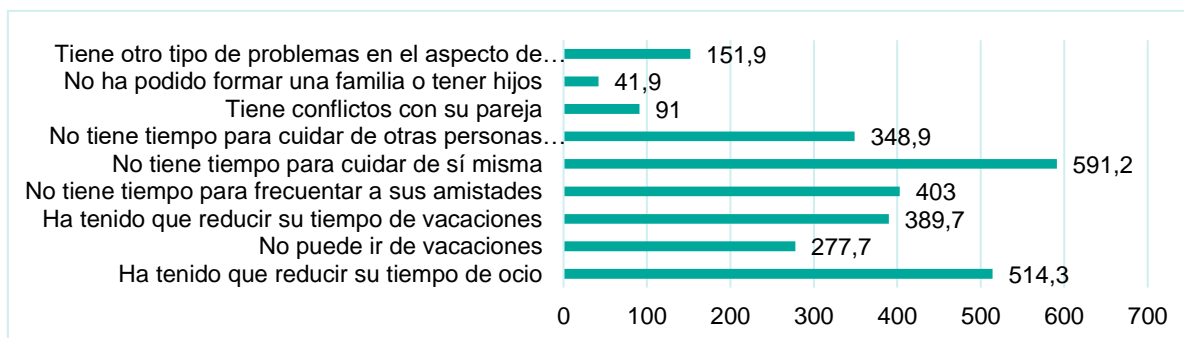
El hecho de que los cuidados sean brindados intensivamente por familiares, incide en sean percibidos como un problema individual que debe resolverse dentro del ámbito privado porque las opciones que ofrece el Estado no responden a las expectativas y requerimientos de las situaciones particulares (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022). Esto, a su vez, deriva en un conjunto de problemas en el ámbito del tiempo libre y la vida familiar (entre otros), frecuentemente invisibilizados. A este respecto, se extraen las siguientes conclusiones a partir de los datos de la EDAD (2020):

- **El 95,6% de las personas cuidadoras que residen en el hogar y no están trabajando tiene problemas en el aspecto del ocio y la vida familiar**, este porcentaje es similar tanto en hombres (95,6%) como en mujeres (95,7%); solo un 4,4% afirma no tener ningún problema en este sentido.
- **El problema más frecuente del cuidador principal que reside en el hogar está asociado con el autocuidado.** 591,2 mil personas no tienen tiempo de cuidar de sí mismas, 514,3 mil han tenido que reducir su tiempo de ocio, otros 389,7 mil han tenido que reducir su tiempo de vacaciones (otro tipo de problemas asociados al tiempo libre se pueden visualizar en el **Gráfico 10**).
- **490,2 mil cuidadores manifiestan tener problemas profesionales o económicos derivados del trabajo de cuidados en el hogar** (220,9 mil hombres y 269,3mil mujeres). 314,5 mil cuidadores tienen problemas



económicos (146,4 mil hombres y 168,1 mujeres), siendo la dificultad más recurrente. Otras 179,0 mil personas cuidadoras han tenido que dejar de trabajar (81,7 mil hombres y 97,3 mil mujeres), según se refleja en el siguiente gráfico.

**Gráfico 10.** Problemas en el ámbito del tiempo libre y vida familiar del cuidador principal derivados de los cuidados según el sexo y edad del cuidador. Población de 6 y más años con discapacidad que recibe cuidados y su cuidador principal reside en el hogar (miles de personas)



Fuente: INE, EDAD (2020).

**Tabla 13.** Tipo de problema profesional o económico del cuidador principal derivados de los cuidados según el número de años que lleva prestándole cuidados por sexo de la persona con discapacidad. Población de 6 y más años con discapacidad que recibe cuidados y su cuidador principal reside en el hogar y no está empleado en el hogar (miles de personas).

	Total	Hombre	Mujer
<b>Total</b>	490,2	220,9 (45,06%)	269,3 (54,93%)
<b>Ha tenido que dejar de trabajar</b>	179,0 (36,51%)	81,7 (16,6%)	97,3 (19,84%)
<b>Ha tenido que reducir su jornada de trabajo</b>	89,5 (18,25%)	39,8 (8,11%)	49,7 (10,13%)
<b>Su vida profesional se ha resentido</b>	103,1 (21,03%)	42,0 (8,56%)	61,1 (12,46%)
<b>Tiene problemas para cumplir sus horarios</b>	72,3 (14,74%)	30,0 (6,11%)	42,2 (8,60%)
<b>Tiene problemas económicos</b>	314,5 (64,15%)	146,4 (29,86%)	168,1 (34,29%)
<b>Tiene otros problemas relacionados con su vida profesional</b>	163,3 (33,31%)	76,1 (15,53%)	87,2 (17,78%)

Fuente: INE, EDAD (2020).

Los **cuidados informales** se definen como la prestación de cuidados a personas que requieren de apoyos en el día a día por parte de personas que **no forman parte del sistema profesional**. Son provistos normalmente por dos vías, ya sea por miembros de la familia o que la familia y/o mediante la contratación de servicios externos de cuidado.

Se estima que cerca del 80% de los cuidados de larga duración en Europa, son **cuidados informales, es decir, proporcionados por miembros de las familias y del**



**entorno próximo** como amistades y vecinas que proveen cuidados no profesionales y no retribuidos (Instituto Europeo para la Igualdad de Género, 2022).

Muchos de los cuidados no profesionales de las personas en situación de dependencia se financian a través de prestaciones económicas, bien para cuidados en el entorno familiar o bien vinculadas a algún servicio profesional.

Existe un **Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia**<sup>44</sup> cuya financiación asumió íntegramente la AGE en virtud del Real Decreto-ley 6/2019. A partir de abril de 2019 pueden suscribirse a él las personas que sean perceptoras de la prestación regulada por el Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo que dicta que *“podrán asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco.”*

De acuerdo con las cifras oficiales de la Tesorería General de la Seguridad Social (2023), **hay 71.456 personas afiliadas a este convenio, de las cuales el 86,6% son mujeres y el 11,4% son hombres.** Esta representación desproporcionada de las mujeres limita su participación en el mercado laboral y merma su capacidad de desarrollar su trayectoria profesional y vital elegida. La siguiente tabla muestra los datos por Comunidad Autónoma.

**Tabla 14.** Afiliación de personas cuidadoras no profesionales por Comunidad Autónoma y sexo (TGSS)

	Ambos sexos	Mujer	%	Varón	%
<b>Total nacional</b>	71.456	63.253	88,52%	8.203	11,48%
<b>1. Andalucía</b>	10.568	9.671	91,51%	897	8,49%
<b>2. Aragón</b>	1.898	1.710	90,09%	188	9,91%
<b>3. Asturias, Principado de</b>	1.885	1.635	86,74%	250	13,26%
<b>4. Balears, Illes</b>	1.128	967	85,73%	161	14,27%
<b>5. Canarias</b>	1.887	1.633	86,54%	254	13,46%
<b>6. Cantabria</b>	1.741	1.511	86,79%	230	13,21%
<b>7. Castilla y León</b>	4.596	4.001	87,05%	595	12,95%
<b>8. Castilla - La Mancha</b>	2.629	2.455	93,38%	174	6,62%
<b>9. Cataluña</b>	6.589	5.777	87,68%	812	12,32%

<sup>44</sup> El Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia puede consultarse aquí: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/Afiliacion/10547/10555/51635#51636>



10. Comunitat Valenciana	14.834	13.117	88,43%	1.717	11,57%
11. Extremadura	894	823	92,06%	71	7,94%
12. Galicia	4.810	4.340	90,23%	470	9,77%
13. Madrid, Comunidad de	6.003	5.294	88,19%	709	11,81%
14. Murcia, Región de	4.042	3.615	89,44%	427	10,56%
15. Navarra, Comunidad foral de	1.437	1.263	87,89%	174	12,11%
16. País Vasco	5.935	4.915	82,81%	1.020	17,19%
17. Rioja, La	242	214	88,43%	28	11,57%
18. Ceuta	131	121	92,37%	10	7,63%
19. Melilla	207	191	92,27%	16	7,73%

Fuente: Base de datos de la Tesorería General de la Seguridad Social, 2023.

El número de mujeres que proveen cuidados en la familia, como ha quedado demostrado con los datos, es inmensamente desproporcional con relación a los hombres que cumplen con estas funciones. Esto, se puede deber a diferentes motivos, sin embargo, está claro que limita la participación de las mujeres en el mercado laboral y merma en su capacidad de desarrollar su trayectoria profesional y vital.

En este sentido, es importante señalar que **el modelo de cuidados tradicional genera y ha generado durante décadas desigualdades de género, lo que limita la autonomía y la calidad de vida de las mujeres cuidadoras**. Es crucial transitar hacia un modelo que reconozca equitativamente el valor del trabajo de cuidados, asegurando un acceso universal a servicios profesionales de calidad para quienes los requieran. Eliminar la brecha de género y lograr una representación equitativa de hombres y mujeres en todos los ámbitos y niveles del sector de los cuidados se vuelve imperativo para construir una sociedad justa y equitativa.

## 2.4. Necesidades y aspiraciones de las personas y sus cuidadoras

### IDEAS FUERZA

- Las características y realidades de las personas con necesidades de apoyo son diversas. Algunas personas necesitan apoyos continuados, mientras que otras los necesitan de manera intermitente o en menor intensidad. Algunas necesidades son compartidas por todas las personas, otras son más específicas de un grupo determinado, otras particulares de cada persona.



- **Las necesidades compartidas son fundamentalmente:**
  - Favorecer la vida en la comunidad.
  - Disponer de recursos, apoyos y servicios de proximidad en la comunidad.
  - Contar con los apoyos personalizados para la vida independiente.
  - Decidir libremente los apoyos y el control integral de los mismos.
  - Acceder a vivienda adecuada segura e inclusiva.
  - Formar parte de comunidades corresponsables.
  - Contar con Servicios de detección y atención temprana.
  - Acceder a Servicios de atención y cuidado de la salud mental.
  - Acceder a Mecanismos efectivos de participación.
- Además, dependiendo de la situación son necesarios los apoyos sociosanitarios especialmente para las personas mayores en situación de dependencia, los apoyos para la vida independiente especialmente en las personas con discapacidad, los apoyos en el hogar para los niños y niñas en el sistema de protección y la vivienda para las personas sin hogar.
- Las **familias** a cargo de los cuidados de estos grupos de población reclaman más **apoyos y servicios**, pero ante todo que sus necesidades sean tenidas en cuenta y se pongan en marcha las políticas y medidas que atiendan a sus necesidades.

#### 2.4.1. Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD)

El SAAD aplica lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que articula como derecho subjetivo la protección social de las personas en situación de dependencia. Se compone de un catálogo de cinco servicios y tres prestaciones económicas:

Servicios	Prestaciones económicas
Prevenición de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal (PAPD)	Prestación económica vinculada a servicio (PEV)
Teleasistencia	Prestación económica de asistencia personal (PEAP)
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PEC)
Servicio de Centros de día y noche (SCD/SCN)	
Servicio de Atención Residencial (SAR)	





A 31 de diciembre de 2022, el Sistema de Información del SAAD (SISAAD) registró un total de 1.982.018 solicitudes de reconocimiento del grado de dependencia y se emitieron 1.850.208 resoluciones de grado (93,3% del total de solicitudes), de las cuales 131.810 estaban pendientes por resolver (6,65% del total de solicitudes). Actualmente, se registran **1.490.860 personas con derecho a los servicios y prestaciones del SAAD**, de las cuales **1.313.437 personas tienen resolución de PIA y 177.423 están pendientes de dicha resolución** (lo que equivale al 11,90% del total de personas con situación de dependencia reconocida). Del total de personas con PIA, **el 98,26% están percibiendo efectivamente las prestaciones del SAAD (1.290.608)**, mientras que **aproximadamente 22.829 personas (1,74% del total) aún están pendientes de recibirlas**, 31,5% menos que en el primer semestre de 2022 (33.353). Esto último, llama a continuar con las medidas que se están impulsando desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las CCAA para que se agilicen los trámites burocráticos y se reduzcan las listas de espera.

Al analizar la distribución del total de prestaciones ofrecidas en el SAAD a finales de 2022 (1.727.429) y teniendo en cuenta que la ratio de prestaciones por persona es de 1,32, así como el tipo de prestaciones en términos generales se observa que **los servicios para la vida independiente y la atención comunitaria personalizada no son suficientes, ni se han desarrollado de forma que puedan cubrir las necesidades y preferencias de las personas en situación de dependencia:**

- **La familia y las personas cuidadoras no profesionales continúan siendo el eje vertebrador del cuidado de las personas con alguna situación de dependencia:** La mayoría de las prestaciones se concentran en la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (29,9%). A esta prestación, le sigue el servicio de Teleasistencia (20,4%) y el Servicio de Ayuda a Domicilio - SAD- (18,7%).
- **La Prestación Económica de Asistencia Personal es marginal (0,5%), al igual que el Servicio de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia (3,8%).**



**Tabla 15.** Distribución de los tipos de servicios y prestaciones prestadas a 31 de diciembre de 2022 en función del sexo (valores absolutos, porcentajes verticales)

Tipo de prestación	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%
PAPD: servicio de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia	65.642	3,8%	27.704	4,60%	37.938	3,37%
Teleasistencia	351.993	20,4%	91.288	15,17%	260.705	23,16%
SAD: servicio de ayuda a domicilio	322.595	18,7%	90.260	15,00%	232.335	20,64%
SCD/SCN: servicio de centro de día	97.929	5,7%	44.237	7,35%	53.692	4,77%
SAR: servicio de atención residencial	175.956	10,2%	61.930	10,29%	114.026	10,13%
PEV: prestación económica vinculada al servicio	187.214	10,8%	58.086	9,65%	129.128	11,47%
PEC: prestación económica para cuidados en el entorno familiar	517.053	29,9%	225.447	37,45%	291.606	25,91%
PEAP: prestación económica de asistencia personal	9.047	0,5%	2.980	0,50%	6.067	0,54%
<b>TOTAL</b>	<b>1.727.429</b>	<b>100,0%</b>	<b>601.932</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.125.497</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

### 1. La Atención Residencial (SAR): una respuesta muy frecuente para las mujeres y las personas con mayores necesidades de apoyo

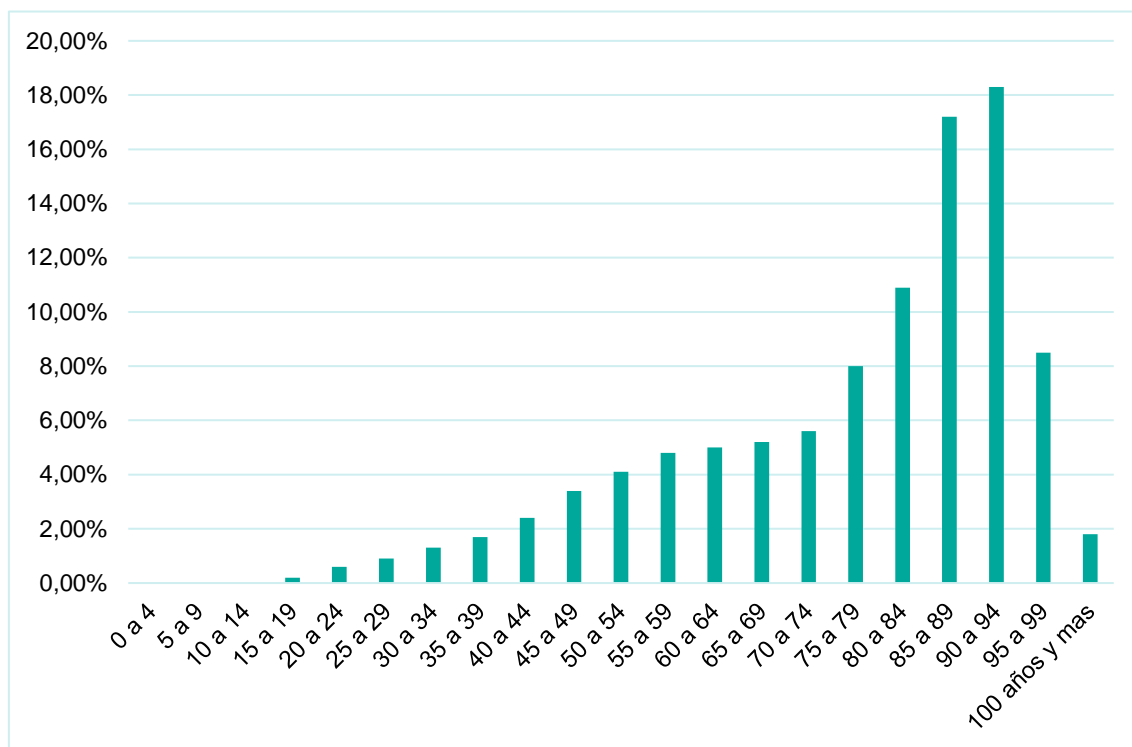
El recurso de atención residencial supone aproximadamente **el 15% (259.043) del total de prestaciones a nivel nacional**, lo reciben directamente de la Administración 175.956 personas, lo que supone el 10,2% de las prestaciones (según ilustra la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**), y a través de la prestación económica vinculada al servicio (PEV) otras 83.087 personas, representando el 4,81% de las prestaciones. A mediados de 2022, **el 44,4% de las prestaciones PEV estaban vinculadas al SAR, suponiendo un incremento del 11,0% con respecto al año anterior** (74.832 PEV-SAR a finales de diciembre de 2021), según el Imsero (2023).

Como se ha avanzado en capítulos anteriores, **la atención residencial es una respuesta más generalizada entre las mujeres que entre los hombres**. Del total de prestaciones directas del SAR (175.956), el 64,8% son percibidas por mujeres y el 35,2% restante por varones. De la misma manera, **las prestaciones SAR se incrementan sustancialmente en cada tramo de edad, especialmente a partir de**



**los 80 años.** De hecho, alrededor del 56,7% del total de las prestaciones SAR son percibidas por personas mayores de 80 años, según información del SISAAD (2023).

**Gráfico 11.** Distribución de prestación SAR (directa) según grupos quinquenales de edad (situación a 31 de diciembre de 2022)



Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

**Este servicio es una de las principales opciones para las personas con necesidades más complejas.** Atendiendo al número total de las prestaciones en el servicio de atención residencial (259.043, de las cuales 175.956 son prestaciones directas y 83.087 mediante la prestación económica vinculada), el **50,9% de las prestaciones de atención residencial son percibidas por personas con grado de dependencia III (131.951), el 43,7% por personas con grado de dependencia II (113.194) y tan solo el 5,4% lo perciben las personas de Grado I (13.898).**

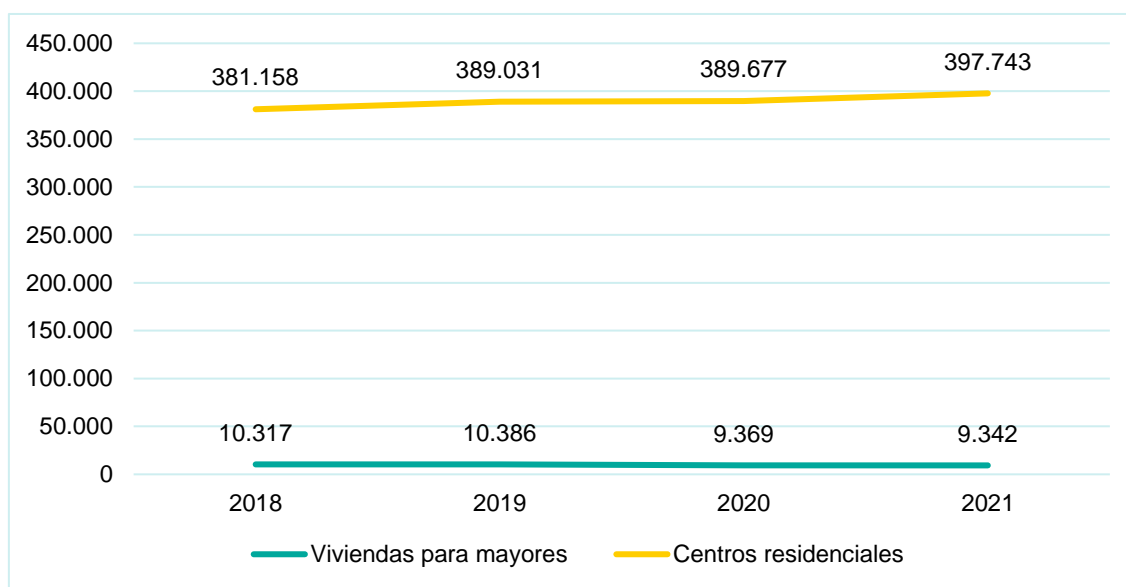
Con respecto a lo anterior, también cabe destacar que en el caso de las personas con mayores necesidades de apoyo (como, por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual), **existe una tendencia a conceder servicios (en centros de día o de atención residencial) y no tanto prestaciones económicas o servicios de asistencia personal que pudieran ayudar a la persona a decidir cómo quiere recibir los apoyos que precisa** (Navas & Verdugo, 2018).

Por otro lado, en los servicios de atención residencial **la atención en viviendas no se ha desarrollado lo suficiente.** El Informe de Servicios Sociales para Personas Mayores del IMSERSO (datos a finales de 2021) identificó un total de **407.085 plazas en servicios de atención residencial, de las cuales solo 9.342 plazas eran viviendas para mayores** (2,3% del total de plazas disponibles en el servicio de atención



residencial). Al seguir la evolución de las plazas en los dispositivos de atención residencial (**Gráfico 12**), se encuentra que **las plazas en centros de atención residencial se han incrementado alrededor de 4,4% entre 2018 y 2021** (pasando de 381.158 en 2018 a 397.743 en 2021), mientras **que el número de plazas en viviendas para personas mayores se ha mantenido relativamente estable**, con escasas variaciones en el tiempo.

**Gráfico 12.** Evolución del número de plazas en servicios de atención residencial (2016-2018)



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Servicios Sociales para Personas Mayores, Imserso (2016-2021)

**Por último, cabe destacar que el servicio de atención residencial en general tiene un coste medio elevado para la Administración pública.** La Evaluación del SAAD publicada recientemente, estima que la Administración paga una media mensual de 1.751 € por una plaza residencial que la persona copaga en función de su capacidad económica. Por otro lado, la Administración abona una media mensual de 501,48 € mediante la prestación económica vinculada a este servicio, de manera que las personas asumen el monto restante. Sin embargo, **el coste medio de otros servicios prestados en el entorno parece más asumible a través de la prestación vinculada al servicio.** Por ejemplo, a través de la PEV el coste medio del servicio de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia pasa de 960,89 € a 220,12 € mensuales, el servicio ayuda a domicilio pasa de 434,51 € a 328,26 € y el centro de día pasa de 966,33 € a 296,47 €, mientras que en el servicio de Teleasistencia no se observa mayor variación.

## 2. Los Servicios de Atención a Domicilio (SAD) y la Teleasistencia: insuficiencia para fomentar la permanencia en el hogar

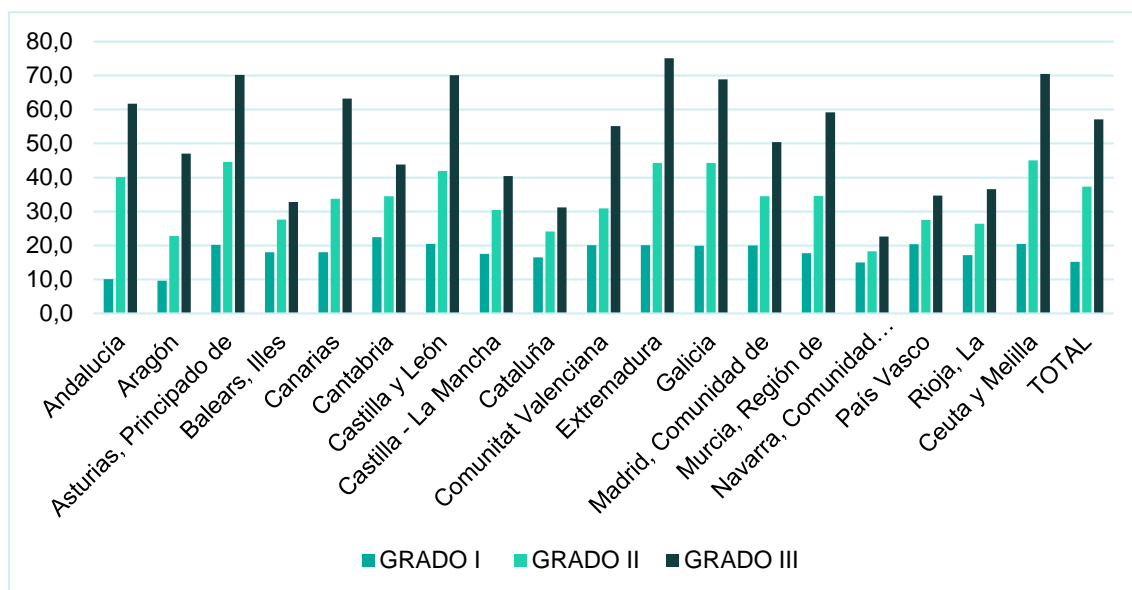
El SAD y la Teleasistencia son servicios que suelen recibirse por una misma persona. En conjunto, se trata de las prestaciones más frecuentes que reciben las personas en situación de dependencia después de la PEC. En los últimos años, se ha observado un



incremento destacable en el número de prestaciones SAD y Teleasistencia, el último impulsado por la crisis de la COVID-19, que catalizó el uso de la tecnología en el ámbito de la atención de personas en situación de dependencia y otras con necesidades de apoyo en el sector sociosanitario. De hecho, **el servicio de teleasistencia se ha incrementado en un 56,6% entre 2018 y 2021** (pasando de 224.714 prestaciones en 2018 a 351.993 en 2021) y **el SAD lo ha hecho en un 37,3% en el mismo periodo** (de 234.924 en 2018 a 322.595 en 2021).

Pese a la evolución positiva de estos dos servicios **la intensidad del SAD hasta hace relativamente poco no era suficiente, especialmente para las personas con mayores necesidades de apoyo**. Antes de la reforma del sistema de dependencia<sup>45</sup> (que incrementa las prestaciones y amplía las horas de asistencia a domicilio), la LAPAD<sup>46</sup> fijaba un número de horas insuficientes para atender adecuadamente a las personas en situación de dependencia (entre 46 y 70 horas para el Grado III, 21 y 45 horas para el Grado II y máximo 20 horas para el Grado I). A finales de 2022, la media mensual de horas del SAD era de 15,2 horas para el Grado I, 37,3 para el Grado II y 57,1 para el Grado III, aunque algunas comunidades autónomas superan el promedio nacional, como se puede observar en el siguiente gráfico:

**Gráfico 13.** Intensidad media de la ayuda a domicilio por comunidad autónoma (horas mensuales) (2022)



Fuente: Información Estadística del SAAD, Informe Semestral, situación a 31 de diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

<sup>45</sup> Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<sup>46</sup> La regulación de intensidades se contempla en el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

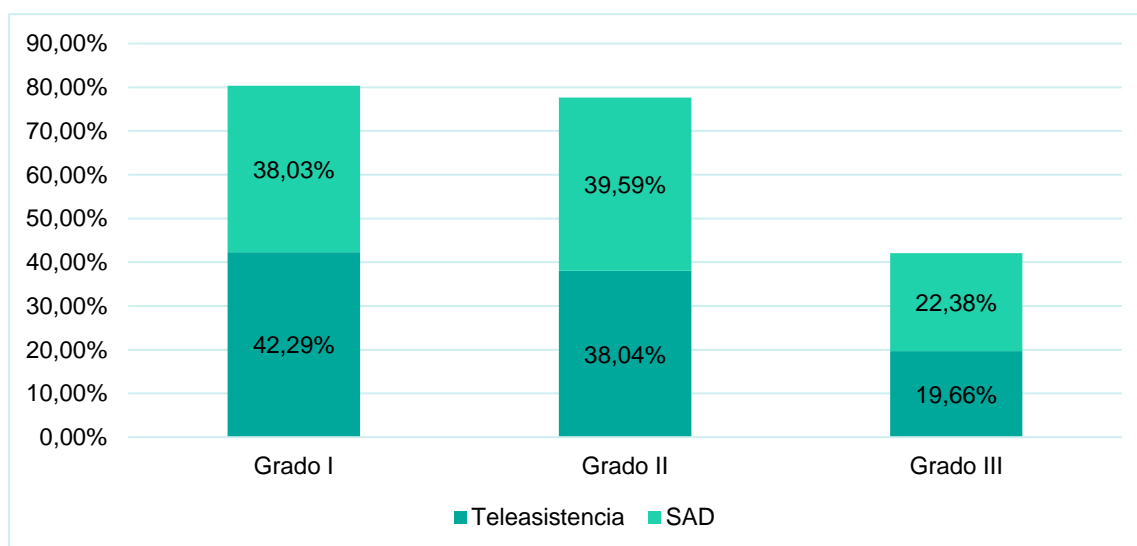


La nueva regulación de prestaciones del SAAD (RD 675/2023) propone revertir progresivamente la situación antes descrita, estableciendo de 20 a 37 horas mensuales para el Grado I; 38 a 64 horas mensuales para el grado II y de 65 a 94 horas mensuales para el Grado III. No obstante, cabe destacar que dicha ampliación no se aplicará a las personas que ya están recibiendo este servicio, debiendo revisar cada caso si la persona así lo necesita y lo considera.

El SAD es un servicio clave para garantizar que las personas reciban apoyos y cuidados en su domicilio, si así lo desean. Sin embargo, hasta ahora la intensidad ha sido insuficiente para las personas con mayores necesidades de apoyo. Y, además de la insuficiencia de horas para cubrir las necesidades, el SAD es todavía demasiado rígido. Aunque se asignen horas que satisfacen las necesidades de las personas, la prestación de servicio no se ajusta al horario requerido por la persona. Es decir que se enfrenta a numerosas dificultades para lograr una verdadera personalización.

En el gráfico a continuación se observa que estas prestaciones se concentran principalmente entre las personas de Grado I y II, y se reduce su uso entre las personas de Grado III (que terminan optando por el SAR).

**Gráfico 14.** Distribución del porcentaje de prestaciones SAD y Teleasistencia en función del grado reconocido de dependencia (2022)



Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

Más allá de la intensidad horaria y la cuantía de las prestaciones, la Evaluación del SAAD también recomienda reforzar los servicios de atención domiciliar y la teleasistencia avanzada, orientándolos a la promoción de la autonomía y la vida independiente y adaptándolos a la diversidad de perfiles en situación de dependencia. Actualmente, el SAD ofrece una atención básica en el domicilio, pero se recomienda transitar hacia una **mayor profesionalización y acreditación profesional, con una coordinación sociosanitaria y desde la proximidad** para que estos servicios favorezcan la permanencia en el hogar (Rodríguez Cabrero y otros, 2022).





### 3. Escaso desarrollo de la asistencia personal y los servicios de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia

El objetivo de la Prestación económica de asistencia personal (PEAP) y la Promoción de la autonomía y prevención de la dependencia (PAPD) es potenciar la capacidad personal para tomar decisiones, realizar actividades básicas de la vida diaria, a través de actuaciones preventivas y/o apoyos personales (asistencia personal). **Ambos servicios están rezagados en su desarrollo a pesar de tener un enorme potencial para la inclusión y la buena vida en la comunidad.** La PEAP y el servicio de PAPD solo suponen el 0,5% y el 3,8% de las prestaciones (9.047 y 65.642 respectivamente las vigentes a 31 de diciembre de 2022 (Imsero, 2022).

El **servicio de asistencia personal ha sido mayormente impulsado por las entidades del Tercer Sector en el ámbito de la discapacidad**, especialmente por el Movimiento de Vida Independiente y en particular en algunas comunidades autónomas en las que estas entidades son más activas (Rodríguez Cabrero y otros, 2022). La distribución de la PEAP<sup>47</sup> a nivel territorial se concentra en comunidades autónomas como el País Vasco (70,8% del total nacional), seguido de Castilla y León (22,31% del total nacional), mientras que en otras regiones esta prestación es marginal, de acuerdo con los datos del SISAAD a 31 de diciembre de 2022.<sup>48</sup>

Según algunos estudios, el infradesarrollo de la asistencia personal se debe, entre otras cuestiones, a que **la figura no está aun suficientemente regulada** (falta de criterios que garanticen la calidad de la prestación, la figura/rol profesional y la especialización en función de las necesidades de las personas), y a que las **diferencias territoriales** (entre CC.AA.) y del entorno (urbano-rural) son abismales y suponen desigualdades en el acceso a la prestación. Asimismo, se destacan importantes barreras en el acceso a la prestación, muchas de ellas asociadas al **escaso conocimiento que tienen las personas y las familias sobre la misma**, la **priorización de servicios sobre prestaciones económicas, requisitos poco flexibles para acceder** a la asistencia personal (por ejemplo, tener una vivienda, un empleo o estar estudiando) o la **escasa dotación económica** de la prestación en el marco del SAAD (Plena Inclusión, 2020).

De igual forma, también se observa el **escaso desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia**, que como se ha apuntado antes en España no alcanzan el 4,0%. Estas diferencias son aún más amplias entre comunidades autónomas, según ilustra el gráfico a continuación:

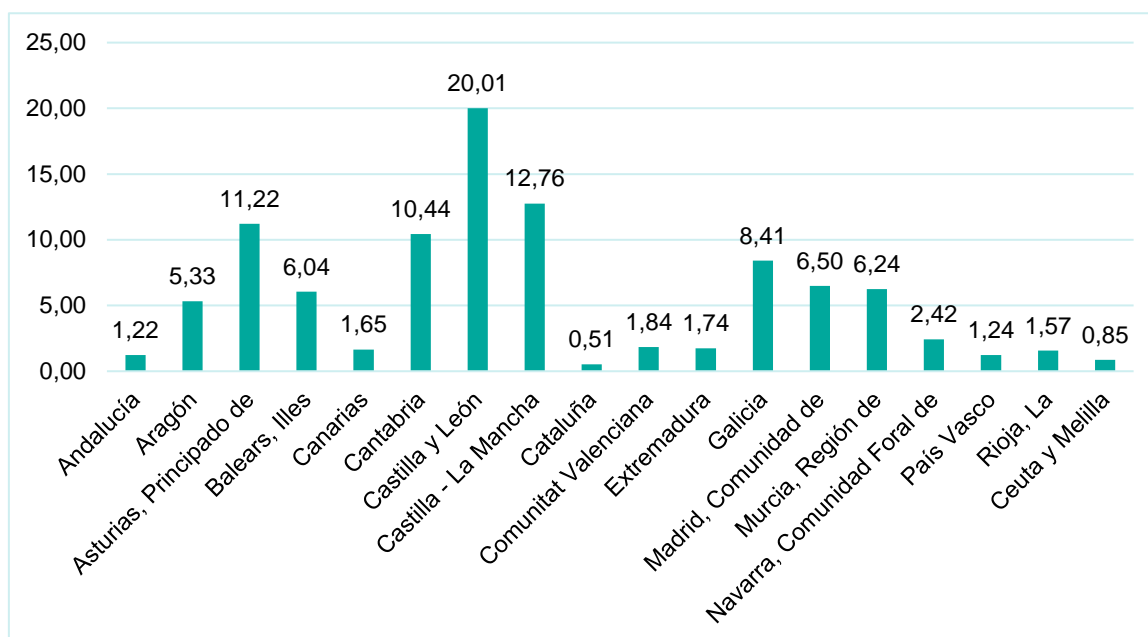
---

<sup>47</sup> Sobre asistencia personal que delimita el concepto y las condiciones de acceso a dicha prestación, ya que en ocasiones se ha considerado como asistencia personal una prestación económica ampliada para contratación de una persona para el apoyo a entornos familiares mediante relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, algo que actualmente no se consideraría como asistencia personal, sino como una PECEF mejorada. (\*) Acuerdo de fecha 12 de mayo de 2023, del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Publicado por Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

<sup>48</sup> Estos datos habrán de ser revisados a la luz del reciente acuerdo.



**Gráfico 15.** Distribución de las prestaciones PAPD en función de la comunidad autónoma (con respecto al total nacional)



Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imserso, 2023).

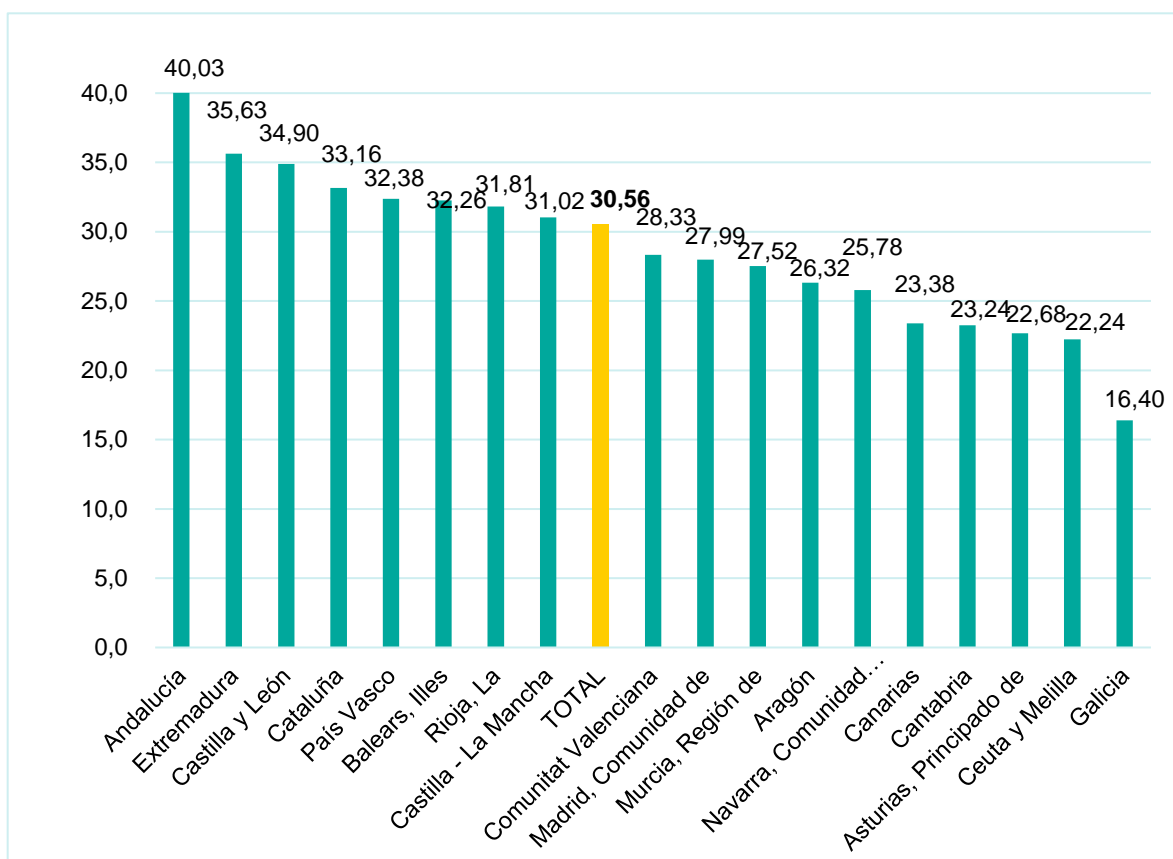
#### 4. Existen limitaciones en el acceso y la orientación de los servicios para una buena vida en la comunidad

Destacamos a continuación algunas de las limitaciones frecuentes en el desarrollo de servicios orientados a la autonomía y dependencia que promuevan la vida en comunidad.

- **Alcance y cobertura de la población potencialmente en situación de dependencia**

De acuerdo con los cálculos del Imserso, la población potencialmente en situación de dependencia ascendía a 6.486.146 personas a finales de 2022. En la actualidad, el número de solicitudes de reconocimiento de la dependencia (1.982.018) equivale al 30,6% de las personas que podrían necesitar apoyos y cuidados en España, lo que indica que un porcentaje considerable no conoce o no recibe dichos apoyos. Las diferencias entre comunidades autónomas son aún mayores, encontrándose 10 CC.AA. por debajo del promedio nacional:

**Gráfico 16.** Porcentaje de solicitudes registradas sobre la población potencialmente en situación de dependencia



Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

Otros estudios revelan que **entre 673.000 y 775.000 personas con discapacidad no tenían cobertura del SAAD** a la fecha de realización de la encuesta EDAD de 2020. Esta población estaría compuesta, principalmente, por mujeres (entre el 64,9% y el 65,3%) y personas mayores de 68 años (entre el 71,9% y el 73,6%) (Rodríguez Cabrero, 2022).

Las dificultades para alcanzar a la población potencialmente en situación de dependencia según algunos expertos se deben al desconocimiento sobre el propio SAAD (o insuficiente difusión del mismo), a la ausencia de redes o figuras de apoyo que permitan acceder y comprender la información sobre servicios y prestaciones del SAAD (sobre todo en personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo) o a las limitaciones normativas y la escasez de recursos que caracterizaron el despliegue de la LAPAD en su momento (Morales, Huete, & Chaverri, 2021).

- **Procesos poco ágiles que engrosan la lista de personas con necesidades de apoyo que no tienen reconocida la dependencia o que no son atendidas:**

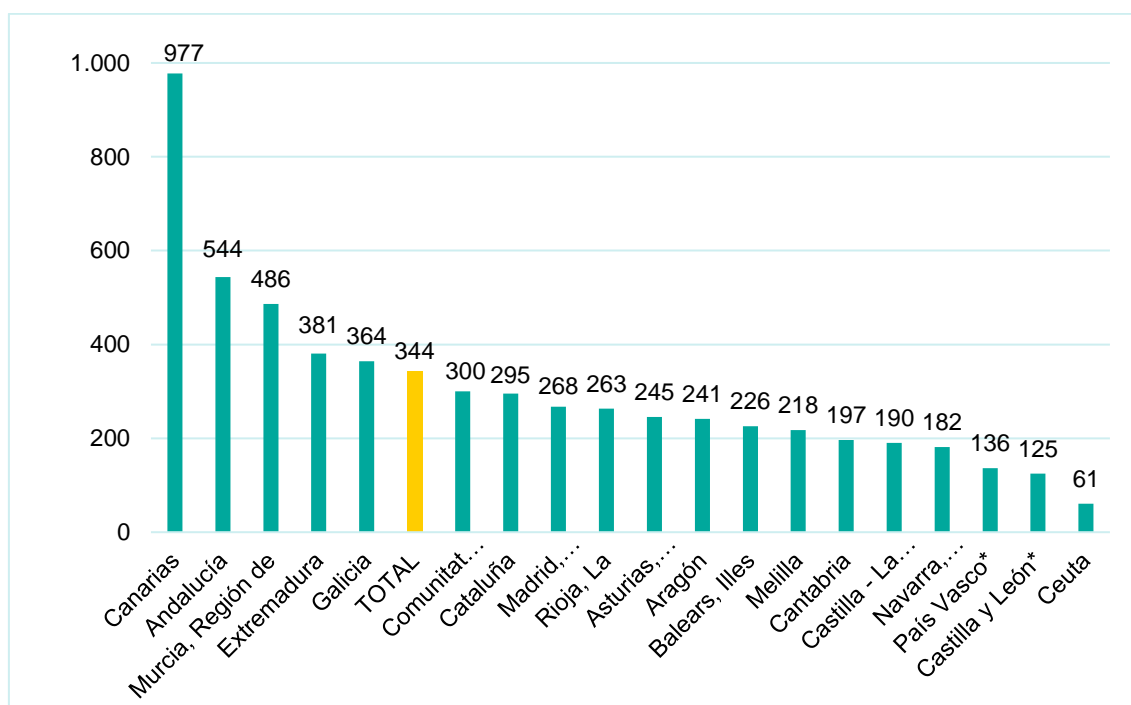
Un desafío del SAAD es agilizar los trámites para reducir las listas de espera y mejorar la capacidad para dar respuesta al previsible incremento de personas con necesidades de apoyo y cuidados en el futuro. En esta línea, el 15 de enero de 2021 se aprobó, en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema



para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el denominado Plan de Choque para el impulso del SAAD, que ha supuesto el incremento significativo de las cuantías del nivel mínimo de protección y la recuperación del nivel acordado, lo que se ha traducido en un incremento presupuestario por parte de la AGE de, al menos, 1.800 millones de euros en los Presupuestos Generales del Estado de 2023.

Los datos de la gestión de las CCAA indican que el tiempo medio transcurrido desde la solicitud hasta el reconocimiento del grado de dependencia es de 215 días, superando el año en varias CCAA, cifras significativamente superiores a los tres meses que fija la LAPAD para este procedimiento. De forma similar, el tiempo medio desde la solicitud de reconocimiento de la dependencia hasta la resolución de la prestación alcanza los 344 días. Los plazos más extensos en este caso se encuentran en Canarias, Andalucía, Murcia, Extremadura y Cataluña, por debajo de la media nacional.

**Gráfico 17.** Tiempo medio transcurrido desde la solicitud del reconocimiento de la dependencia hasta la resolución de la prestación (en días)



Fuente: Información Estadística del SISAAD, situación a diciembre de 2022 (Imsero, 2023).

- **Criterios rígidos tanto en la valoración como en la adjudicación de las prestaciones:**

Otra de las debilidades detectadas en la Evaluación del SAAD (2022) están relacionadas con la rigidez en los criterios de aplicación de la valoración de la dependencia, que deriva en **valoraciones y de las prestaciones que no se adaptan a las necesidades, preferencias y voluntad de las personas** y que, por lo tanto, **limitan la personalización de los servicios**.

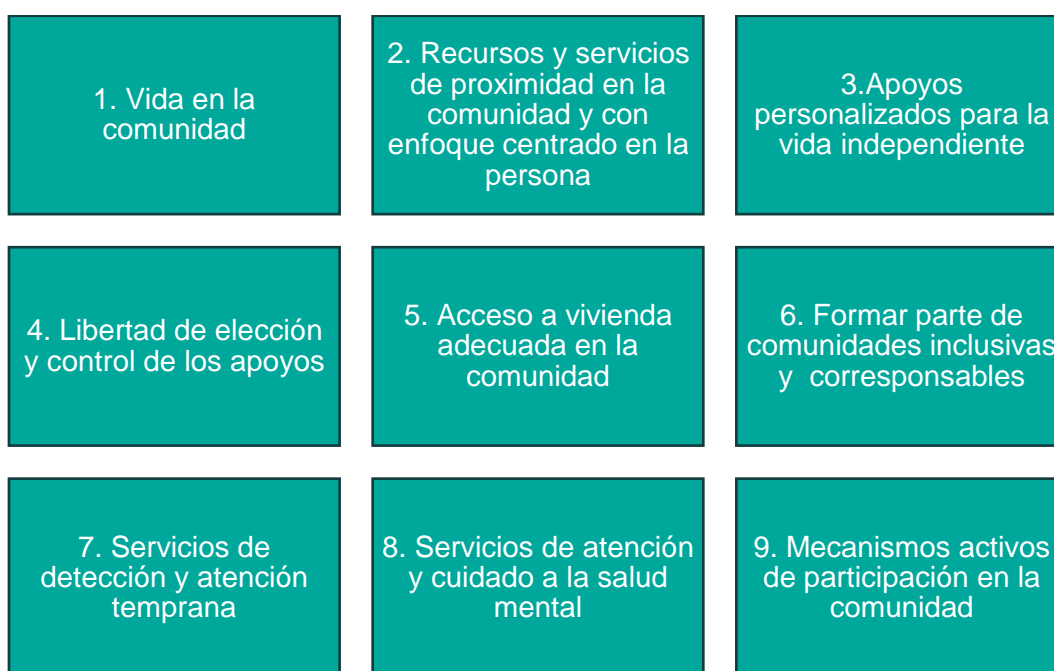


Si bien para el diseño del PIA resulta necesario conocer el grado de dependencia de las personas, **la estandarización de los criterios de valoración puede excluir otras variables o factores relevantes a la hora de definir el tipo de servicios y prestaciones que quiere y puede necesitar una persona en situación de dependencia**, aún más si precisan mayores apoyos y cuidados. Esta rigidez limita el diagnóstico y el abanico de opciones que tienen las personas para elegir, especialmente en lo que se refiere a los apoyos para la atención personalizada en el entorno comunitario.

A este respecto, la Evaluación del SAAD (2022) propone mejoras en la **flexibilidad de los criterios de aplicación de la valoración de la dependencia y en el diseño del Programa Individual de Atención orientado en base al proyecto de vida de la persona de forma que se facilite** la personalización de los apoyos según las necesidades y las preferencias de las personas.

#### 2.4.2. Necesidades y aspiraciones compartidas

La situación de las personas va cambiando a lo largo de su recorrido vital, transformándose con ello también sus necesidades y preferencias. A continuación, se presentan las necesidades y aspiraciones que suelen ser comunes a los distintos grupos de población. Esta información e interpretaciones se extraen de los diferentes métodos de consulta llevados a cabo en el marco de la elaboración de este Diagnóstico. La satisfacción de estas necesidades es condición para la garantía de los derechos de las personas.



#### 1. Vida en la comunidad

El 81,3% de la población española, según la encuesta representativa de la población general elaborada para este diagnóstico [Anexo 4 4. Informe encuesta estadísticamente representativa población general](#) considera que las personas con necesidades de apoyo



han de vivir en la comunidad con los apoyos que sean necesarios; esto es así para todos los grupos a los que se dirige la estrategia y más aún en el caso de los niños y niñas. La opinión generalizada apunta a **vivir en entornos normalizados**, es decir, en viviendas incluidas en barrios y comunidades con la población general. Para que sea posible vivir en la comunidad es necesario adaptar las viviendas y los domicilios, especialmente las personas mayores y las personas con discapacidades. No solo se debe garantizar la disponibilidad, el mantenimiento y el acceso a la vivienda habitual, sino que también han de adecuarse los servicios a las necesidades de las personas, garantizando que estén incluidas en el entorno comunitario (y no en espacios segregados) y que sean física y cognitivamente accesibles.

### Ilustración 1. La opinión de la población española sobre la institucionalización



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de la población española sobre la institucionalización (2023)

La **vida en la comunidad** implica que las personas puedan acceder a la “misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida, participando como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas que puede y necesita cada persona” (Mansell & Beadle-Brown, 2010).

Esta aspiración está en línea con la perspectiva de los derechos defendida por las Convenciones y recomendaciones internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Convención Europea de Derechos Humanos, entre otras. El artículo 19 de la CDPD defiende “*vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de los demás*” y desglosa la “*plena inclusión y participación*” de las personas con discapacidad en tres elementos: (1) **Elección**: tener la oportunidad de elegir el lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con los demás. (2) **Apoyo**: tener acceso a una serie de servicios, incluida la asistencia personal, para apoyar la vida y la inclusión en la comunidad. (3) **Disponibilidad** de servicios e instalaciones comunitarias.







*"Si decido vivir en mi casa, en la que llevo 30, 50 o 60 años es una decisión legítima. Y si es mi decisión como persona mayor, tengo que tener los apoyos como persona mayor para tener la mejor calidad de vida posible"*

*(Comunidades virtuales, Personas mayores).*

## 2. Disponer de recursos, apoyos y servicios de proximidad en la comunidad

La vida en la comunidad pasa por el acceso y/o mantenimiento de la vivienda habitual (para las personas adultas) o la priorización del acogimiento familiar en el caso de las personas menores de edad. Por ello, es necesario que los apoyos y cuidados se presten desde una **perspectiva de proximidad** (en el entorno comunitario y cercano a la persona) **para poder participar en la vida comunitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población**; y, además, tengan la capacidad de ofrecer una atención oportuna, personalizada y con la calidad adecuada.

**La disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad de los apoyos y servicios comunitarios** es una necesidad fundamental que comparten todas las personas, no solo porque permiten prevenir procesos de institucionalización, sino porque potencian su inclusión y la participación. Estos apoyos y servicios han de llegar en igualdad de condiciones a las personas con necesidades más complejas, o que carecen de redes de apoyo en la familia, las amistades o en el vecindario.

Las personas entrevistadas revelan que la experiencia de recibir tratamientos y **apoyos de proximidad en la comunidad** ofrece mayor estabilidad y oportunidades para dar un giro positivo en la vida. La vida en el hogar facilita la autonomía, la privacidad y la intimidad, las relaciones sociales y familiares, el bienestar físico y el acceso al empleo, elementos que se consideran esenciales para la buena vida en la comunidad.

## 3. Contar con apoyos personalizados y para la vida independiente

Las particularidades de cada situación requieren de la **personalización de los apoyos**, de manera que todas las decisiones y los apoyos respondan a un proyecto de vida elegido. En ese sentido, los itinerarios y planes de apoyo deben contar con la participación de las personas y han de ofrecer un abanico de opciones flexibles y combinadas que garanticen la posibilidad de elección y control por parte de las personas, con los apoyos que precise.

Por ello, **es necesario que los servicios disponibles se diseñen y planifiquen desde un enfoque centrado en la persona**, de manera que todas las decisiones y los apoyos giren en torno a proyectos de vida elegidos. Esto implica adaptar y estructurar los servicios existentes para tener la capacidad de apoyar a las personas en los aspectos que son significativos para ellas, así como de **ofrecer a las personas la posibilidad de elegir los servicios y la forma en la que quieren que se les apoye: sus horarios, rutinas y modo y estilo de vida, tanto en la esfera privada como en la pública y tanto en lo cotidiano como en las decisiones a largo plazo**. Es decir, la valoración, la derivación y la prestación de apoyos y servicios debe ser personalizada, debe tener en consideración lo que para cada persona significa una "buena vida".



Es importante potenciar también los apoyos que requieren las personas con **necesidades de apoyo complejas**, aquellas que requieren asistencia adicional y específica debido a la presencia de múltiples discapacidades, enfermedades crónicas, condiciones de salud mental u otras condiciones que afectan su funcionalidad y autonomía, para estas personas han de garantizarse los apoyos con mayor intensidad para asegurar que puedan vivir una vida elegida.

De acuerdo con la *Observación Número 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad* (2017) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, **vivir de forma independiente significa que las personas con necesidades de apoyo cuenten con todos los medios necesarios para poder tomar opciones y ejercer efectivamente el control sobre sus vidas, así como adoptar todas las decisiones que las afecten.**

*“La autonomía personal y la libre determinación son fundamentales para la vida independiente, incluidos el acceso al transporte, la información, la comunicación y la asistencia personal, el lugar de residencia, la rutina diaria, los hábitos, el empleo digno, las relaciones personales, la ropa, la nutrición, la higiene y la atención de la salud, las actividades religiosas y culturales, y los derechos sexuales y reproductivos. Las siguientes actividades están vinculadas al desarrollo de la identidad y la personalidad de cada persona: dónde vivimos y con quién, qué comemos, si nos gusta dormir hasta tarde o acostarnos a altas horas de la noche, si preferimos quedarnos en casa o salir, si nos gusta poner mantel y velas en la mesa, tener animales domésticos o escuchar música. Tales acciones y decisiones nos hacen ser quienes somos. La vida independiente es una parte esencial de la autonomía y la libertad de la persona y no significa necesariamente vivir solo. Tampoco debe interpretarse únicamente como la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas por uno mismo. Por el contrario, debe considerarse como la libertad de elección y de control, en consonancia con el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual consagradas en el artículo 3 a) de la Convención. La independencia como forma de autonomía personal implica que la persona con discapacidad no se vea privada de la posibilidad de elegir y controlar su modo de vida y sus actividades cotidianas. (Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2017).*

En este sentido, **los servicios de asistencia personal** son una de las demandas más repetidas entre las personas con necesidades de apoyo, especialmente en el ámbito de la discapacidad.

La **Asistencia personal**, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017) se refiere al “apoyo humano dirigido por el interesado o el *usuario* que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente”. Aunque las formas de asistencia personal pueden variar, hay ciertos elementos comunes que la diferencian de otros tipos de ayuda personal:

- La financiación de la asistencia personal debe proporcionarse sobre la base de criterios personalizados y, además, debe de tener en cuenta las normas de derechos humanos para un empleo digno;



- Las personas con discapacidad deben de poder personalizar su servicio, es decir, planear y decidir cómo, quién, cuándo, dónde y de qué manera se presta, así como dar instrucciones y dirigir a las personas que los presten;
- La asistencia personal representa una relación personal entre la persona con discapacidad y la persona profesional que provee el servicio. La persona con discapacidad es quien contrata y supervisa el servicio que recibe, además, pueden elegir libremente el grado de control personal en función de sus circunstancias vitales.

#### 4. Decidir libremente los apoyos y tener el control integral de los mismos

Los servicios de apoyo deben garantizar que las personas cuenten con todos los medios necesarios para **elegir los apoyos que reciben y ejercer el control sobre sus vidas, en igualdad de condiciones** que el resto de la población. La autodeterminación, entendida como las acciones volitivas que permiten a la persona actuar como agente causal y mantener y mejorar su calidad de vida (Whemeyer, 2005) es la dimensión vertebradora de una vida digna, a cualquier edad y en cualquier situación.

Así, la Observación general nº5 emitida, al respecto del Artículo 19 de la Convención, por el Comité de Derechos de las Personas con discapacidad (2017), expresa que “la igualdad de reconocimiento ante la ley (artículo 12) garantiza que todas las personas con discapacidad tienen derecho a **ejercer su plena capacidad jurídica** y, por lo tanto, tienen igual derecho a elegir y controlar su propia vida eligiendo dónde, con quién y cómo quieren vivir y recibir apoyo de acuerdo a su voluntad y preferencias. Para realizar plenamente la transición del proceso sustitutivo al apoyo a la toma de decisiones e implementar los derechos consagrados en el artículo 12, es imperativo que las personas con discapacidad tengan la **oportunidad de desarrollar y expresar su voluntad y preferencias para ejercer su capacidad legal en igualdad de condiciones con otros**; la complejidad o intensidad de las necesidades de apoyo de las personas nunca podrá ser una razón para limitar este derecho.

Por otra parte, se deberán activar todos los **mecanismos de participación efectivos** para favorecer la implicación y escucha de las personas en la toma de decisiones, y cuando sea preciso, hacer la mejor interpretación posible de su voluntad y preferencias con garantías respecto al respeto de sus derechos. En el caso particular de la infancia se deben establecer mecanismos de comunicación accesibles y adaptados a su edad y madurez.

#### 5. Acceder a vivienda adecuada, segura, accesible e inclusiva incluida en la comunidad

La **vivienda es esencial** para acceder a otros derechos, garantizar el bienestar de las personas y ofrecer, a quienes necesitan apoyos, servicios de atención personalizada en entornos normalizados integrados en la comunidad. Garantizar el derecho a **una vivienda accesible, asequible, segura e inclusiva** es esencial en todos los procesos de desinstitucionalización. Es crucial en el ámbito del sinhogarismo, donde el 80% de las personas sin hogar manifiesta que lo primero que necesita para salir de su situación es acceder a una vivienda o una habitación (INE, 2022), al igual que para la desinstitucionalización de las personas con discapacidad o las personas mayores.



En la infancia en el sistema de protección resalta la necesidad de **facilitar el acceso a la vivienda a las familias de origen** para prevenir la separación de la niña o niño, así como para promover la reintegración de la niña o niño. Así como, **facilitar el acceso a la vivienda a los adolescentes que cumplan 18 años y que han salido del sistema de protección** con el fin de ayudarles en la transición a la vida adulta.

Las intervenciones basadas en la vivienda son, por tanto, de gran relevancia, y deben **incluir apoyos personalizados que acompañen a las personas en el fortalecimiento de su autonomía** y en el desarrollo de su nuevo proyecto de vida. Vivienda más apoyos, se esboza como la alternativa necesaria para garantizar una buena vida en la comunidad.

## 6. Formar parte de comunidades inclusivas y corresponsables

Las personas quieren ser incluidas y participar plenamente en la comunidad. Las comunidades inclusivas son comunidades más fuertes (tal y como refleja en informe mundial del artículo 19 de *Inclusion International*<sup>49</sup>). **Es necesario remover las barreras y obstáculos que dificultan la inclusión social.** Esto implica incrementar la capacidad que tienen las comunidades para generar oportunidades y apoyos en los contextos de proximidad de las personas, así como para promover vínculos positivos.

Las buenas comunidades deben entender la diversidad como un valor, desde un enfoque de contribución de modo que las personas que necesitan apoyos en el día a día también puedan contribuir a sus comunidades más próximas. Para ello, se requieren **modelos de apoyo comunitario orientados a fortalecer las redes naturales de apoyo y a empoderar a las personas** para facilitar el encuentro y la participación y prevenir la soledad y el aislamiento social.

En muchos casos se trata de personas que han pasado un tiempo significativo de sus vidas en instituciones al margen de la comunidad y que también sufren procesos de discriminación debido al estigma social y el discurso dominante que las ha representado durante muchos años<sup>50</sup>. Algunos profesionales consultados informan que las personas que habitan en instituciones *“tienen difícil acceso a la ciudad, a la búsqueda de empleo. Todo se hace más complicado. El hecho de tener que regresar al alojamiento residencial a cierta hora, les limita muchísimo su campo de acción para poder llevar una vida normalizada y poder insertarse”* (Grupos de Trabajo Multiactor sobre sinhogarismo).

---

<sup>49</sup> Comunidades inclusivas = Comunidades más fuertes: Informe Mundial sobre el Artículo 19 (2012). <https://inclusion-international.org/resource/comunidades-inclusivas-comunidades-mas-fuertes-informe-mundial-sobre-el-articulo-19/>

<sup>50</sup> En varias de las metodologías empleadas, la discriminación y el estigma social que experimentan algunos perfiles (especialmente las personas sin hogar y las personas con discapacidad) se considera una de las principales barreras para la vida en la comunidad. Se trata de personas cuya subjetividad ha sido construida socialmente desde representaciones negativas (en términos de carencias sociales y materiales para “adaptarse” y falta de capacidades, etc.), dificultando la aceptación, la acogida y la oferta de oportunidades por parte de las comunidades. Algunas historias de vida destacan la importancia de recordar que *“socialmente no se tiene en cuenta a las personas sin hogar, le ponen una imagen a la persona como lo peor de lo peor”*.



En ese sentido, se considera necesario favorecer los procesos de inclusión social a través de un **cambio cultural que incida en la población general y en cómo se representan (y se comprenden) las personas con necesidades de apoyo**. En las consultas realizadas, familiares de las personas con necesidades de apoyo demandan *“mucha más labor de sensibilización, comprensión y normalización. Hacer que la sociedad sea verdaderamente inclusiva, evitar el rechazo a la diferencia y luchar contra el estigma. Y que la población interiorice que el cuidado y el apoyo es de todos y todas, no solo de las entidades y los recursos”*.

Otro paso fundamental hacia la inclusión es la **(re)construcción de las redes de apoyo en la comunidad**, desde lo más individual (amistades y familia), hasta lo más estructural (mercado laboral, sistema sanitario, etc.). Además de fortalecer la coordinación entre los distintos sistemas de protección para ofrecer apoyos transversales en las distintas dimensiones de la inclusión social (empleo, sanidad, vivienda, salud mental, asistencia personal, etc.), algunas de las personas entrevistadas ponen en valor la necesidad de **generar redes de apoyo más naturales entre los diferentes servicios y grupos de población**.

En el **caso de infancia, es importante mencionar la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre el acogimiento familiar y sus diferentes modalidades**. Para facilitar el proceso de desinstitucionalización de las niñas y niños en el sistema de protección es necesario que más familias sean conocedoras de la posibilidad de acoger y se ofrezcan a ello.

## 7. Contar con servicios de detección y atención temprana

Son necesarios servicios de **detección y atención temprana**, para los cuatro grupos de población con el objeto de activar respuestas oportunas e integrales a las necesidades transitorias o permanentes por las que atraviesan las personas en los diferentes ciclos de vida y también las de sus familias y así prevenir y evitar los itinerarios de institucionalización.

Por **atención temprana** en infancia entendemos el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de 6 años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta inmediata, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante posibles alteraciones o factores de riesgo para el desarrollo del niño o la niña. La cobertura de esta necesidad es imprescindible en infancia con discapacidad en edades tempranas (de 0 a 6 años), pues compensa y facilita el desarrollo, acompaña y fortalece a las familias y al entorno en el que viven.

Asimismo, desarrollar sistemas de atención temprana es fundamental para las personas sin hogar que llevan poco tiempo en esta situación, ya que evita la cronificación del problema y facilita la rápida inserción. La atención temprana en las personas con discapacidad y con dependencias permite detectar y tender las necesidades cuando estas se producen y evitar la pérdida y de autonomía y deterioro en las condiciones de vida de las personas que en muchas ocasiones acaba conduciendo a una respuesta institucional.





## 8. Disponer de servicios de atención y cuidado de la salud mental

El **cuidado de la salud mental mediante recursos de atención ambulatorios, con enfoque comunitario y flexibles es de vital importancia** en personas con discapacidad, personas mayores, personas en situación de sinhogarismo y niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección que los requieran. Los servicios de salud mental son insuficientes y se han ido fragilizando con la Pandemia.

Desde el punto de vista preventivo, el cuidado de la salud mental puede prevenir que las personas lleguen a una situación de sinhogarismo. En el caso de las personas mayores y con discapacidad, puede ser una medida de prevención de la institucionalización, y, en el caso de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, puede facilitar que las y los menores permanezcan en el entorno familiar y no lleguen a un itinerario de institucionalización.

En términos generales, las personas quieren sentirse bien física y mentalmente. La institucionalización, sumada a otros factores, detona o marca el surgimiento de situaciones de trauma que perduran aun cuando se retorna a la comunidad. Por eso, para las personas que ya se encuentran en un itinerario de institucionalización, es importante brindar todas las herramientas de cuidado a la salud mental, tanto si se va a producir una transición hacia la comunidad, como en el acompañamiento integral continuo.

Las familias de estos cuatro grupos de población también necesitan apoyo para su bienestar emocional: familias biológicas, familias de acogida, familias de personas adultas mayores o con discapacidad cuidadoras o no cuidadoras, y, familias de personas en situaciones de sinhogarismo.

## 9. Mecanismos de participación efectivos

Es fundamental **activar todos los mecanismos de participación efectivos** para fomentar la implicación y escucha de las personas mayores, con discapacidad, en situación de sinhogarismo y niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones, sobre todo en las que les afectan directamente. Resulta crucial interpretar de manera adecuada la voluntad y preferencias de las personas, siempre respetando sus derechos. Especialmente en el caso de las y los niños, se deben establecer formas de comunicación accesibles y adaptadas a su edad y nivel de madurez.

Estos espacios de participación brindan a las personas la oportunidad de expresar sus necesidades, preocupaciones, opiniones y aspiraciones, así como ser reconocidos como miembros activos y valiosos de la comunidad. Su participación, además, fomenta la inclusión y la equidad al asegurar que las personas tengan acceso igualitario a los recursos, servicios y oportunidades disponibles. Y, contribuye a romper barreras y superar la discriminación, promoviendo comunidades más justas y solidarias.

### 2.4.3. Necesidades específicas por grupo de población

Al profundizar en cada perfil de vulnerabilidad, se identifican necesidades específicas que surgen a raíz de la situación de cada grupo. Además, la confluencia de una o varias





situaciones de vulnerabilidad, en la mayoría de los casos resulta en necesidades complejas que han de abordarse de manera integral.

## Necesidades de las personas mayores

<p><b>Apoyo socio-sanitario continuo a domicilio</b></p>	<p><b>La prevención de la institucionalización y el cuidado de las personas mayores en el entorno comunitario requiere del desarrollo y ampliación de servicios y apoyos que permitan promover el bienestar, la dignidad y la autonomía en sus hogares y contextos de vida habituales.</b></p> <p>Para atender sus necesidades de cuidado y dar respuesta a los estilos de vida que desean, es necesario que los apoyos y cuidados se presten desde una perspectiva de proximidad (en el entorno comunitario y cercano a la persona) tengan la capacidad de ofrecer una atención oportuna, personalizada y con calidad. La atención en el domicilio debe reforzarse con servicios extracomunitarios ubicados en el entorno próximo.</p> <p>Los servicios han de integrar, entre otras cuestiones, los siguientes apoyos para el desarrollo de actividades cotidianas, para el autocuidado, el mantenimiento de la salud y acompañamiento en actividades fuera del domicilio (visitas al centro de salud, actividad física, visitas sociales, compra, etc.).</p>
<p><b>Cuidados de proximidad</b></p>	<p>Los cuidados de proximidad son especialmente relevantes para las personas mayores con demencia.<sup>51</sup> Estos cuidados en un entorno familiar y familiarizado resultan beneficiosos para las personas mayores y/o con dependencia. El ambiente familiar puede ayudar a reducir la confusión y la ansiedad, y proporcionar un sentido de seguridad y continuidad. Estos cuidados pueden incluir apoyos a mantener rutinas, estimulación cognitiva y funcional, seguridad y supervisión, entre otros acompañamientos especializados.</p>
<p><b>Prevención de la soledad no deseada</b></p>	<p>El envejecimiento de la población viene acompañado en muchas ocasiones de la reducción de las redes de apoyo (pareja, familiares, amistades), derivando en situaciones de soledad no deseada. En España se viene observando en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años.</p> <p>La soledad dobla las probabilidades de mortalidad, en particular, por razones cardíacas, casi dobla la probabilidad de tener trastornos depresivos, y aumenta los riesgos de trastornos de demencia en aproximadamente un 60% (López-Casasnovas &amp; Beiggelman, 2020). Además, la falta de vínculos y actividades sociales son algunos de los motivos por los cuales las personas mayores (y sus familias) recurren a los centros residenciales.</p> <p>Se requieren <b>intervenciones comunitarias orientadas a incrementar el capital social y a prevenir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores</b>, de manera que las personas mayores cuenten con espacios de encuentro y participación social con vecindario, amistades, familiares y cuidadoras y cuidadores.</p>

<sup>51</sup> La demencia es una condición progresiva que afecta la capacidad cognitiva y funcional de una persona, y requiere una atención especializada y comprensiva.



## Necesidades de las personas con discapacidad

### Sistemas de vida independiente y asistencia personal integral para apoyar a la vida en la comunidad

Para tener una buena vida en la comunidad, las personas con discapacidad requieren de un sistema de apoyo que facilite el desarrollo de actividades cotidianas, la toma de decisiones, el ejercicio de la capacidad jurídica y la plena inclusión y participación en la sociedad. Este sistema, debe permitir ejercer el mayor control posible sobre la propia vida en igualdad de condiciones que el resto de la población.

**Vivir de forma independiente y ser incluido/a en la comunidad**, de acuerdo con la *Observación número 5 sobre de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017)* son conceptos que se refieren a “entornos para vivir fuera de las instituciones residenciales de todo tipo. No se trata “simplemente” de vivir en un edificio o lugar particular; significa, sobre todo y, ante todo, no perder la capacidad de elección y la autonomía personales como resultado de la imposición de una forma y unos sistemas de vida determinados.”

En ese sentido, es necesario extender la **asistencia personal**<sup>52</sup> y contar con más profesionales y con las competencias adecuadas. Asimismo, se insiste en que este servicio debe ser complementario con otros apoyos (prestaciones, atención domiciliaria y extracomunitaria, entre otras), debe responder a criterios personalizados.

### Entornos y servicios accesibles

Las personas con discapacidad consideran que es necesario mejorar la accesibilidad de los entornos, productos, bienes y servicios, al ser uno de los principales motivos que impiden o dificultan significativamente su participación en la comunidad.

- Accesibilidad de las viviendas: El 34,0% de las personas con discapacidad manifestaron tener dificultad para desenvolverse con normalidad en su vivienda o en los accesos al interior de su edificio, siendo esta dificultad mayor en las mujeres (38,0%) que en los hombres (28,4%) (EDAD, 2020).
- Accesibilidad de edificios públicos y entorno urbano: El 36,2% del total de personas con discapacidad manifestaron tener dificultades para desenvolverse en edificios públicos o en el entorno urbano (EDAD, 2020).
- Accesibilidad del transporte público: El 40,3% de las personas con discapacidad tiene dificultades para usar el transporte público y el 21,4% para acceder a vehículos particulares (EDAD, 2020).
- Accesibilidad de los entornos digitales y la tecnología: El 39,4% de las personas con discapacidad de seis y más años tiene dificultades para acceder a las nuevas tecnologías de la información y comunicación, encontrándose mayores condicionantes en las mujeres que en los hombres (41,1% de las mujeres, frente al 37,0% de los hombres) y entre las personas 80 años y más (EDAD, 2020).

<sup>52</sup> La asistencia personal se refiere al apoyo humano dirigido por el interesado o el “usuario” que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente. (Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2017).



	<p>Además de la accesibilidad física y digital, las historias de vida de algunas personas mayores o con discapacidad demuestran la necesidad de mejorar la calidad y la accesibilidad a los recursos públicos en lo que concierne a la accesibilidad de la información, la solicitud de ayudas y prestaciones, los trámites burocráticos, entre otras cuestiones.</p>
<p><b>Comunidades inclusivas con la diversidad</b></p>	<p>Junto con los espacios y entornos accesibles, la interacción social y el sentido de pertenencia son importantes para el bienestar emocional de las personas con discapacidad. Es fundamental <b>fomentar la inclusión social</b>, proporcionar oportunidades para establecer amistades, participar en actividades comunitarias y tener acceso a grupos de apoyo.</p> <p>Esto incluye, por una parte, <b>educación inclusiva de calidad en entornos educativos regulares</b>, con las adaptaciones necesarias a nivel curricular, proporcionando apoyo adicional, recursos y tecnología asistida, y fomentando la participación plena en todas las actividades educativas.</p> <p>Las personas con discapacidad <b>demandan acceso al mercado laboral</b> de manera que puedan desarrollar habilidades, obtener empleo remunerado y ser miembros activos y productivos de la sociedad. Esto implica promover la inclusión laboral, adaptar los entornos de trabajo y ofrecer apoyo adicional si es necesario.</p>

## Necesidades de niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad

<p><b>Permanencia en su entorno familiar con apoyos</b></p>	<p><b>La prevención de la institucionalización de menores y el derecho a vivir en familia se logran al brindar apoyos adecuados a las familias. La falta de apoyos a las familias puede llevar a la institucionalización cuando no pueden cuidar adecuadamente a sus hijos e hijas debido a situaciones de vulnerabilidad o dificultades en la convivencia familiar.</b></p> <p>Existe una escasez de servicios y alternativas de cuidado para familias con recursos limitados, especialmente para hogares monoparentales o con <b>una sola persona adulta</b> a cargo de <b>las y los</b> menores. Esto incluye la falta de plazas asequibles o gratuitas en la educación infantil.</p> <p>En los casos en los que se retira la tutela o la patria potestad de los progenitores de un menor, es recomendable priorizar la opción de que el menor permanezca en la familia extendida si puede brindar un entorno seguro y estable para el menor.</p>
---	--



<p><b>Priorizar el acogimiento familiar sobre el residencial</b></p>	<p>Se debe <b>priorizar la figura del acogimiento familiar como medida de protección propiciando apoyo y acompañamiento continuo a las familias acogedoras</b>, para capacitar y orientar en la construcción de entornos seguros, responsables y emocionalmente adecuados.</p> <p>Además, es necesario <b>desarrollar la figura de la adopción abierta</b>, para propiciar más estabilidad a niños y niñas cuyo retorno a sus familias no sea posible; incrementar el potencial de uso del Acogimiento Especializado (ya sea por necesidad de exclusividad o cuidados profesionales), e innovar con formas mixtas de guardia que, como en otros países, facilitan que niños y niñas salgan de los recursos residenciales.</p>
<p><b>Recursos residenciales de base familiar y comunitaria</b></p>	<p>El <b>acogimiento residencial ha de ser siempre la última medida</b>, excepcional, subsidiaria y complementaria a otras medidas de protección y sólo cuando sea coherente con la determinación del interés superior del menor. Si esto es así, el recurso ha de ser pequeño, flexible, no segregador por “tipo” de niño, niña o adolescente, personalizable, abierto a la familia de origen y permeable a la comunidad. Los apoyos deben de garantizar derechos, promover la resiliencia, la autonomía, la recuperación del daño y, cuando sea posible la reintegración familiar.</p> <p>En los procesos de retirada de la tutela / patria potestad a las y los progenitores y familia, se debe incorporar el acompañamiento profesional a padres y madres biológicas para que puedan reconducir y no perder el contacto con sus hijos evitando la cronificación de los procesos de institucionalización.</p> <p>En caso de que el retorno quede descartado, el niño o la niña ha de pasar, sin demasiadas derivaciones o cambios de recurso, a una medida estable: preferentemente acogimiento familiar o adopción –incluida la adopción abierta– o a un <b>recurso de base familiar y comunitaria</b> que le permita, según su voluntad, grado de madurez y autonomía, transitar de la mejor forma posible y en igualdad de condiciones que sus pares, a la mayoría de edad.</p> <p>Los <b>recursos de base familiar y comunitaria del sistema de protección a la infancia</b> son aquellos que, de forma individual o combinando unos con otros, han de permitir que los niños y niñas permanezcan, prioritariamente, en condiciones de seguridad, con sus propias familias, o bien que sean acogidos y se desarrollen con otras familias, o que, llegando a vivir de forma excepcional y temporal en recursos residenciales, estos cumplan con determinadas características y objetivos, incluidos los estándares nacionales e internacionales de referencia<sup>53</sup>.</p> <p>Entre estos, pueden encontrarse: hogares de acogida, residenciales en modelo de acogimiento residencial de carácter familiar, hogares de emancipación en la transición a la vida adulta, comunidades terapéuticas con atención especializada y/o viviendas tuteladas o supervisadas.</p>

<sup>53</sup> Secretaría de Estado de Derechos Sociales (2023). *Hacia una definición compartida de “recursos de base familiar y comunitaria” para la infancia en riesgo o desprotección.*



<p><b>Entornos protectores, seguros y libres de violencia</b></p>	<p>Desde el punto de vista preventivo, resulta necesario generar entornos seguros, libres de violencia, inclusivos y acogedores. La generación de estos entornos debe incorporarse en los servicios de protección en el ámbito familiar, educativo, sanitario y de ocio, fortaleciendo la coordinación y la detección precoz de situaciones de riesgo o violencia.</p> <p>Para ello, además de la cobertura de necesidades básicas, las familias de acogida y los profesionales que atienden a la infancia en los recursos residenciales de protección deben garantizar la cobertura de necesidades invisibilizadas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de recursos profesionales, especializados en la atención a la infancia y la adolescencia, y fomento de la afectividad consciente.</li> <li>• Desarrollo afectivo y social, especialmente dirigidas a niños y niñas en recursos residenciales.</li> <li>• Participación en actividades extracurriculares, normalización y no segregación (ocio y cultura, excursiones, salidas con amigos y amigas, etc.).</li> </ul>
<p><b>Servicios de detección y atención temprana para menores con discapacidad</b></p>	<p>La prevención de la institucionalización en la población con discapacidad requiere de <b>servicios de detección y atención temprana<sup>54</sup> en la comunidad</b>, con el objeto de activar respuestas oportunas a las necesidades transitorias o permanentes que presentan. La cobertura de esta necesidad en edades tempranas (de 0 a 6 años) compensa y facilita el desarrollo, evita o disminuye sus efectos y también acompaña y fortalece a las familias y el entorno en el que viven, a la vez que favorece el desarrollo de la autonomía de los niños y las niñas, fomenta la integración y las relaciones sociales, fortalece la psicomotricidad y el desarrollo del lenguaje y la comunicación (Real Patronato Sobre Discapacidad, Grupo de Atención Temprana, 2005).</p>
<p><b>Apoyos de acompañamiento en la transición a la vida adulta de adolescentes que salen del sistema de protección</b></p>	<p>Respecto a las y los jóvenes del sistema de protección que son forzados a emanciparse al cumplir los 18 años, cuando la media de emancipación en España se encuentra en los 29 años, son necesarias medidas de acompañamiento en la transición a la vida adulta desde un enfoque holístico en el que se incluya a las personas que han necesitado ser protegidas en la infancia como beneficiarias sociales de los recursos sociales; se amplíe la red de hogares de emancipación y la edad máxima permitida; y, se garantice un mejor seguimiento y acompañamiento.</p> <p>Entre otras cosas habría que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar los apoyos a la transición a la vida adulta adaptándolos al proceso madurativo individual y único de cada persona.</li> <li>• La normalización de la adquisición de responsabilidades y habilidades de los chicos y chicas que viven en recursos residenciales para que ganen autonomía.</li> </ul>

<sup>54</sup> Por atención temprana entendemos el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de 6 años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta inmediata, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante posibles alteraciones o factores de riesgo para el desarrollo del niño o la niña.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar plazas en recursos de alojamiento para la emancipación, basados en viviendas o pisos tutelados, para que puedan acceder a ellos, en caso de desearlo.</li> <li>• Apoyos para la regularización administrativa, en el caso de menores extranjeros o no acompañados.</li> <li>• Apoyos en la tramitación de ayudas y prestaciones como el Ingreso Mínimo Vital, acceso a itinerarios sociolaborales, etc.</li> <li>• Apoyos para el acceso a la vivienda.</li> </ul>
--	---

## Necesidades de las personas sin hogar

<b>Vivienda para retomar la trayectoria de sus vidas con autonomía</b>	<p>Para las personas sin hogar la vivienda es un derecho que normalmente está relacionado con otros como la salud o la intimidad, o la autonomía, por lo que ha sido reconocida por el Pilar Europeo de Derechos Sociales como uno de los principios fundamentales para abordar el sinhogarismo en Europa. <b>Habitar en una vivienda ofrece seguridad y protección y permite que las personas con necesidades complejas puedan enfocarse en el tratamiento, la recuperación de la autonomía y, en definitiva, participar en la comunidad como el resto de las y los ciudadanos.</b> De hecho, el 80% de las personas sin hogar manifiesta que lo primero que necesita para salir de su situación es una vivienda o una habitación (INE, 2022).</p> <p>Esto implica la ampliación del parque público de vivienda, las ayudas para el mantenimiento de la vivienda, así como las ayudas para acceder a la vivienda (en la búsqueda, documentación, pago de fianza, etc.).</p>
<b>Acceso o retorno al mercado laboral</b>	<p>Las personas en una situación de sinhogarismo jóvenes demandan acceso al empleo que permita construir su autonomía. Este puede ser un factor que les permita salir de su situación e impedir que llegue a cronificarse. En España, 1 de cada 3 personas jóvenes se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social (FACIAM, 2022) que, en situaciones de extrema pobreza, derivan en situaciones de sinhogarismo.</p> <p>De acuerdo con el informe de FACIAM (2022) <i>Más allá de la vivienda. Juventud y sinhogarismo</i>, sólo el 10,6% de las personas jóvenes sin hogar afirman tener un empleo, el 25% se encuentra en un proceso de formación y el 58% se encuentra desempleada por lo que estas dificultades en el acceso y el mantenimiento en el mercado laboral perpetúan una situación de exclusión social.</p>
<b>Apoyos en el entorno comunitario</b>	<p>Además del acceso a la vivienda, se <b>necesitan servicios de apoyo y acompañamiento para retomar la autonomía y abordar las necesidades complejas que experimentan las personas sin hogar</b>, especialmente aquellas con largas trayectorias de sinhogarismo, en las que suele observarse un mayor deterioro físico, mental y cognitivo. En ese sentido, las intervenciones</p>





	<p>basadas en la vivienda como <i>Housing First</i><sup>55</sup> o <i>Housing Led</i> adquieren mayor relevancia.</p> <p>Resulta fundamental ofrecer ayudas de manera oportuna, acercando los recursos a las personas. Para las personas expertas por experiencia y los profesionales, es fundamental que dichos apoyos se ofrezcan en el entorno comunitario y que estén disponibles para las personas en riesgo o situación de sinhogarismo y otras situaciones de exclusión. Entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención primaria a nivel social y sanitario.</li> <li>• Rehabilitación y atención psicosocial para la recuperación de adicciones.</li> <li>• Atención y cuidado de la salud mental.</li> <li>• Actividades ocupacionales.</li> <li>• Servicios de mediación, integración y convivencia.</li> </ul> <p>Las ayudas deben ser personalizadas. Para algunas personas, estas ayudas pueden ser prestaciones económicas, o apoyos en el acceso al empleo, mientras que para aquellas con necesidades más complejas las ayudas económicas deben complementarse con tratamientos médicos, atención a la salud mental, reducción de daños y tratamiento de adicciones, apoyos para la crianza (para las mujeres y/o familias con menores a cargo), etc.</p> <p>Según la Encuesta sobre Personas sin Hogar (INE, 2022) Acceder al mercado laboral el 76,0% de las personas sin hogar manifiesta que lo primero que necesita para salir de su situación es conseguir un empleo; otro 18,2% afirma que lo principal es acceder a servicios de formación u orientación laboral; el 37,5% de las personas encuestadas indica como primera necesidad el acceso a prestaciones económicas.</p>
<p><b>Entornos seguros y atención personalizada a mujeres víctimas de violencia de género</b></p>	<p>Muchas mujeres sin hogar han atravesado por múltiples situaciones de violencia y discriminación. La Encuesta sobre Personas Sin Hogar revela que más de la mitad de las personas que se encuentran en esta situación por haber sufrido violencia contra él o ella o sus hijos son mujeres (en concreto, 53,1%). El peso de las mujeres es mayor que la de los varones en las agresiones sexuales (11,1%, frente a 2,2% de los hombres), entre otras agresiones ocultas con impactos significativos en la salud mental. “A las mujeres que están sin hogar las hemos invisibilizado como mujeres, como personas que están sin hogar y como víctimas de violencias, algunas sufridas por el hecho de ser mujeres, otras por ser pobres, muchas por ambas” (Asociación AIRES, 2019).</p> <p>Algunos estudios han detectado que los recursos de acogida colectivos mixtos no son espacios seguros para las mujeres, dado que se ven obligadas a convivir y compartir espacios con sus agresores (FACIAM, 2022), y proponen crear <b>espacios no mixtos</b></p>

<sup>55</sup> *Housing First* es una metodología impulsada originalmente por *Pathways to housing* en Estados Unidos y extendida en diferentes países por entidades sociales. La metodología innovadora facilita a la persona una vivienda individual y apoyo profesional en función de sus necesidades y demandas. Ni el apoyo, ni la permanencia en la vivienda, están condicionados al cumplimiento de objetivos previos de intervención social, pues es la persona quien determina sus metas y el grado de apoyo que necesita para alcanzarlas. (Provivienda, 2022).



	<p><b>en entornos normalizados.</b> En este sentido debe reiterarse que el acceso a la vivienda, en su rol de proteger la integridad física de las personas, es una necesidad prioritaria.</p> <p>Asimismo, las trayectorias de violencia que atraviesan las mujeres sin hogar detonan posibles adicciones y problemas de salud mental que, al no tratarse de manera adecuada, inciden en el deterioro de la salud integral de la persona. El <b>apoyo psicológico</b> para superar situaciones de violencia de género debe priorizarse junto con el acceso a la vivienda y la cobertura de necesidades básicas.</p>
<p><b>Regularización de situación administrativa de personas sin hogar extranjeras</b></p>	<p>El acceso a los servicios públicos en el entorno comunitario depende de la situación administrativa de las personas. Casi la mitad de la población sin hogar es de nacionalidad extranjera. Muchas se encuentran en situación irregular administrativa quedando excluidas de los servicios y prestaciones básicas de las que goza el resto de la población lo que contribuye a la cronificación de las situaciones de calle, cronificación en los dispositivos de atención, como centros, albergues e incluso pisos tutelados. Así, <b>regularizar la situación de las personas en situación de sinhogarismo puede favorecer la normalización y la inclusión socioeconómica.</b></p>
<p><b>Mejorar los procesos de detección temprana del sinhogarismo</b></p>	<p>Desde un enfoque preventivo, resulta crucial <b>mejorar los sistemas de atención temprana</b> para las personas en situación de sinhogarismo, ya que estas enfrentan desafíos complejos que van más allá de la falta de vivienda. Un enfoque inclusivo y accesible desde el principio puede proporcionar un apoyo integral que aborde no solo las necesidades inmediatas de vivienda, sino también los factores subyacentes como la salud mental, la adicción, y la falta de redes de apoyo para evitar en primera instancia que una persona llegue a una situación de sinhogarismo. Al desarrollar sistemas que consideren las diversas dimensiones de la situación de sinhogarismo, se puede ofrecer una atención más efectiva y personalizada, permitiendo a estas personas recuperar su estabilidad y reintegrarse plenamente en la sociedad.</p>
<p><b>Mejorar las respuestas al sinhogarismo juvenil</b></p>	<p>Cada vez es mayor la cantidad de jóvenes sin hogar, esta es una tendencia que además se ha acrecentado con la pandemia por el COVID-19. De acuerdo con la Estrategia Nacional para la Lucha contra el Sinhogarismo en España 2023-2030 (Ministerio de Derechos Sociales, 2023) El 21,1% de las personas en situación de sinhogarismo tienen menos de 29 años y las mujeres jóvenes de menos de 29 años en esta situación han aumentado, en términos relativos, un 36,1% en los últimos 10 años.</p> <p>Por ello, resulta fundamental mejorar las respuestas al sinhogarismo juvenil, con un enfoque especial en jóvenes ex tutelados/as o que salen del sistema de protección infantil a los 18 años.</p> <p>Estas personas enfrentan una transición crítica en la que las deficiencias en los sistemas de apoyo pueden dejarlas vulnerables al sinhogarismo. Mejorar las respuestas implica no solo proporcionar soluciones habitacionales inmediatas, sino también implementar programas integrales de acompañamiento a la emancipación que aborden sus necesidades educativas, de empleo y salud mental.</p>



#### 2.4.4. Necesidades de las familias

Como hemos descrito en el apartado **Descripción de las familias que cuidan**, España es un país con una arraigada tradición familiar en el que esta ha jugado un papel esencial en la atención, cuidado y protección de sus miembros, en especial a las personas mayores y con discapacidad. Los apoyos a las personas que cuidan son limitados.

Las familias que cuidan son más “vulnerables” en la medida en que tienen que hacer frente a una serie de situaciones como el envejecimiento, dependencia, enfermedades crónicas o degenerativas, discapacidades, enfermedades mentales, problemas de conducta, etc. Los cuidados tienen repercusiones a nivel personal, social, laboral, de salud y económico. Además, y como ha quedado de manifiesto, existe una profunda brecha de género en la provisión de los cuidados. En este apartado, profundizamos en estas necesidades y demandas por grupo de población.

#### Familias al cuidado de personas con discapacidad y/o personas mayores

- Estar al cuidado de una persona mayor o con discapacidad puede suponer una fuente de tensión o “crisis” familiar en cuanto a la responsabilidad de dichos cuidados.
- La carga predominante de los cuidados a personas con necesidades recae desproporcionadamente en las mujeres, generando un impacto significativo en su bienestar y desarrollo personal. Esta responsabilidad, a menudo no reconocida ni remunerada, puede limitar las oportunidades de las mujeres en términos de educación, empleo y participación plena en la sociedad, destacando la necesidad de abordar equitativamente las responsabilidades de cuidado para lograr una igualdad de género genuina.
- Puede tener un impacto en la salud física, psicológica o afectaciones a la salud mental provocados por la sobrecarga que suponen los cuidados. Las personas cuidadoras pueden experimentar sensación global de cansancio, agotamiento emocional o desgaste físico y emocional.
- Se ven derrumbadas algunas expectativas y pueden producirse cambios en los proyectos laborales, económicos, sociales o tiempos de ocio. En particular, en cuanto al impacto laboral de las personas cuidadoras, se pueden ver afectados sus ingresos o trayectorias profesionales.
- El envejecimiento de un familiar si necesita apoyos o una discapacidad adquirida, modifica las relaciones familiares, a veces se reflejan cambios en el ambiente emocional, negación, enfado o miedo a la nueva situación, lo que repercute en nivel de cohesión de sus miembros, capacidad de diálogo y organizativa.
- Tanto las familias como las personas mayores o con discapacidad pueden sufrir algunos tipos de discriminación o restricciones sociales en sociedades poco preparadas con la inclusión de la diversidad. (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2015).



Aunque las **necesidades de las familias pueden variar en función de la discapacidad de la persona, la edad, el lugar de residencia, o condiciones socioeconómicas**, en términos generales las familias de personas mayores o con discapacidad a cargo demandan:

- Que **sus necesidades sean tomadas en cuenta**, en algunas ocasiones, las personas cuidadoras reconocen que priorizan las necesidades de la propia persona mayor, enferma o con discapacidad, antes que sus propias necesidades.
- **Conocimiento e información veraz y acertada acerca de la situación de su familiar**, ya sea física, emocional, y sobre las opciones que existen en cuanto a **recursos, apoyos y servicios** para esa persona y para la familia a cargo.
- **Acompañamiento y orientación en cuanto a las necesidades de su familiar**, estrategias relativas a cómo atender y manejar situaciones que se dan del deterioro o convivencia con las personas. Pero también asesoramiento legal y jurídico en cuanto a los derechos de la persona.
- En el caso particular de **discapacidad**, las familias demandan **sensibilización a la población respecto a lo que implica la discapacidad** y derribar estereotipos.
- **Acompañamiento psicológico y emocional** ante una situación de envejecimiento, enfermedad degenerativa y/o discapacidad de una persona familiar al cuidado.
- **Apoyos, servicios y recursos para no perder la autonomía personal, tales como programas de “respiro”**. Este punto resulta clave pues converge la necesidad de apoyos y servicios orientados hacia la vida independiente de las personas con necesidades de apoyo para prevenir la sobrecarga de las familias, a la vez que es una medida de prevención de la institucionalización, pero también en el proceso de desinstitucionalización mismo.
- Respecto a los padres y madres de personas con discapacidad en particular, las familias reconocen un **miedo o preocupación respecto a su propio envejecimiento y asegurar que su hijo o hija con discapacidad pueda continuar recibiendo los cuidados que necesita**, sin dejar esta responsabilidad sobre otro miembro de la familia como hermanos, hermanas, o familia extensa.
- Las familias se enfrentan a un impacto económico asociado a costes adicionales derivados de la atención de una persona, por lo que **demandan recursos materiales y elevar las cuantías de las prestaciones, así como ayudas económicas independientemente de la renta**.
- **Medidas de conciliación familiar**, para poder hacer frente a los cuidados de personas con discapacidad, enfermas o mayores, poder acceder a mayor y mejores de conciliación en el ámbito laboral y contar con más **apoyo económico para la ayuda a domicilio**.
- En términos de inclusión en la comunidad, las familias **demandan mayor accesibilidad** en todos los servicios, comercios, y espacios públicos y privados en las ciudades, comunidades y pueblos. Además de eliminar barreras arquitectónicas. (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2015).





*“Siento que, en cierto modo, he perdido mi libertad, siento falta de tiempo para mí y necesito estar bien para poder hacerme cargo de cuidar y atender a una persona” (Comunidad Virtual de Familiares y AD).*

## Familias al cuidado de infancia y adolescencia en el sistema de protección

Respecto a las necesidades de las familias biológicas de niños, niñas y adolescentes en riesgo de institucionalización, con el objetivo de priorizar que permanezcan en el entorno familiar, desde una perspectiva de derechos, se identifican necesidades de:

- **Ayudas para la crianza** y garantía de ingresos para familias con menores a cargo.
- Una **vivienda adecuada y cobertura de suministros básicos** (electricidad, gas, agua potable, internet). Para ello, resulta indispensable la construcción de vivienda social o de alquiler asequible, y mantener las ayudas para el acceso y el mantenimiento de la vivienda, entre otras políticas de vivienda.
- **Programas de parentalidad positiva y acompañamiento**, mediación familiar o apoyo a familias frágiles, tensionadas o riesgo.
- **Incremento de las políticas y servicios de cuidado a la infancia**, más allá del horario escolar.
- **Servicios de atención temprana**, coordinados con la educación infantil y el sistema sanitario, que permitan detectar oportunamente enfermedades (físicas y mentales) y posibles discapacidades o limitaciones.
- **Educación inclusiva**, garantizando el acceso universal y gratuito a la educación primaria y secundaria en entornos normalizados.
- **Servicios especializados, accesibles y de calidad** para la atención de necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes con discapacidades o enfermedades.

Por otra parte, en el caso de las familias de acogida de niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección, se detectan algunas necesidades particulares:

- **Apoyo financiero para suplir las necesidades básicas** y el cuidado de la infancia a cargo.
- **Apoyo técnico y acompañamiento social** para atender las necesidades de atención para niños y niñas que han vivido experiencias de adversidad temprana, con discapacidad o enfermedad.
- **Mediación en situaciones de conflicto.**
- **Gestión e implicación de las familias biológicas.**

## Familias de personas sin hogar

Existe poca información respecto a las necesidades de las familias de personas en situación de sinhogarismo, de hecho, este es un factor clave para entender a este grupo de población, **la fortaleza de las redes sociales es clave para garantizar el bienestar y la calidad de vida**. Así, aunque la vivienda es imprescindible para prevenir el sinhogarismo, las redes sociales, las relaciones sociales y el apoyo social, también. Las relaciones familiares, basadas en la reciprocidad, el cuidado y la ayuda mutua, desempeñan un papel fundamental en el respaldo de una persona. Paradójicamente, cuando estas dinámicas fallan o se ven afectadas, pueden convertirse en un factor crucial que contribuye al sinhogarismo.



En ese sentido, la participación en redes sociales y acceso al apoyo social constituye un eje de gran relevancia y es un aspecto clave para afrontar el impacto de las desigualdades sociales y los problemas de salud mental que afecta este grupo de población. Desafortunadamente, la carencia de este apoyo social es una de las características clave en este grupo de población. El 46.8% de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo afirman que en el entorno que les rodea, tienen poco o ningún interés en lo que les suceda (FACIAM, 2022).

Por otra parte, existen algunos factores por los cuales una persona en situación de sin hogar, no puede o no tiene contacto con su familia, según la organización Invisible people<sup>56</sup> que lucha por los derechos y atención a este grupo de población principalmente en Reino Unido, estas son:

- **Nunca tuvo una familia:** esto puede suceder a personas que fueron huérfanas y nunca tuvieron una familia ni biológica ni de acogida.
- **Los integrantes de la familia han muerto:** su sistema de apoyo ha desaparecido.
- **No pueden encontrar a sus familias:** algunas situaciones de vida complicadas pueden impedir que una persona encuentre a su familia, ya sea porque perdieron el contacto debido a un comportamiento o decisión de vida, o han salido después de un largo periodo de una institución sin una red de apoyo y no tienen manera de contactar con ellas, o la propia familia no está interesada.
- **No son bienvenidas/os en la familia:** esto puede deberse a muchas razones, ya sea por su orientación sexual, formar parte del colectivo LGBTIQ+, o que la familia no quiera ayudar a esa persona debido a una adicción o uso de sustancias como drogas o alcohol, también puede ser por una condición mental inestable.
- **Se encuentran en mayor peligro en la familia que en las calles:** esta puede ser la realidad de muchas personas que no se sienten seguras en su propio hogar, y este puede ser un desencadenante en primera instancia de encontrarse en una situación de sin hogar. Esto puede estar relacionado con violencia machista y afectar en mayor proporción a mujeres.

---

<sup>56</sup> *Invisible people* es una organización que trabaja en el ámbito del sinhogarismo en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá.





### 3. La atención a las personas que necesitan apoyos

#### 3.1. El sistema de cuidados: suficiencia y adecuación

##### IDEAS FUERZA

- **El Servicio de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia y la Prestación Económica de Asistencia Personal tienen muy poco peso en el SAAD (3,8% y 0,5%) respectivamente;** la Atención Residencial (SAR) tiene mucho peso entre las personas de más edad, especialmente las mujeres y las personas con mayores necesidades de apoyo y supone el 15% del total de prestaciones a nivel nacional (259.043).
- **El número de solicitudes de reconocimiento de la dependencia (1.982.018) equivale solo al 30,6% de la población potencialmente en situación de dependencia.** Entre 673.000 y 775.000 personas con discapacidad reconocida no tienen cobertura del SAAD.
- **La atención a la discapacidad se encuentra fragmentada en diversos sistemas de apoyo,** lo que resulta en procesos de doble valoración, coordinación deficiente, trámites burocráticos múltiples y servicios poco personalizados. Ante la falta de alternativas adecuadas en el entorno, **las personas con mayores necesidades de apoyo tienden a recurrir al Servicio de Atención Residencial (SAR), subrayando la prevalencia del uso residencial en el ámbito de la discapacidad.**
- Actualmente aún hay 16.177 niños, niñas y adolescentes en situación de **acogimiento residencial.** El acogimiento residencial sigue siendo **la vía prioritaria de entrada en el sistema de protección.** En concreto, en 2021, el 75% de los menores de edad que entraron en el sistema lo hicieron directamente a un acogimiento residencial.
- Hay menos acogimientos en cuanto mayor es la edad al igual que con los no nacionales o menores con discapacidad. No se han desarrollado suficientes recursos para favorecer la transición de los y las jóvenes que salen del sistema de protección hacia la vida adulta.
- **Los albergues y centros de acogida son la principal respuesta en la red de atención a personas sin hogar,** representando actualmente el 43,0% de los centros y el 62,4% del total de plazas disponibles. **Las personas se cronifican en el sinhogarismo a pesar de recibir apoyos en los dispositivos de atención.** Un total de 4.416 personas que han pernoctado en albergues y centros y 4.596 personas que han pernoctado en pisos y apartamentos llevan más de 3 años en situación de sinhogarismo.

Las personas que necesitan apoyos para la vida en la comunidad son fundamentalmente atendidas por los servicios sociales de base y los especializados:



Sistema de Atención a la Autonomía y la Dependencia	Atención a las personas con Discapacidad	Sistema de Protección de Infancia y Adolescencia	Atención a las Personas en Situación de Sinhogarismo
---	--	--	--

A continuación, se realiza una descripción del sistema de cuidados y apoyos en España y se analizan los recursos disponibles en función de la suficiencia para dar cobertura a las personas que necesitan apoyos, así como su nivel de adecuación a las demandas y necesidades de las personas. Para ello, se utilizan los datos estadísticos aportados por el IMSERSO, el INE y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, complementados con otros estudios junto con los hallazgos extraídos de las distintas metodologías de participación realizadas para la elaboración del diagnóstico.

### 3.1.1. Apoyo y protección a la discapacidad

En la protección jurídica y social de las personas con discapacidad confluyen varios instrumentos de los que se derivan prestaciones sociales y económicas para las personas con discapacidad y sus familias. Muchas personas con discapacidad están en el **sistema de dependencia**, pero otras muchas no. De la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad** se deriva el reconocimiento de la discapacidad y, como consecuencia de esta, un conjunto de prestaciones de servicios sociales, el sistema de la seguridad social y algunos beneficios fiscales. Además del marco estatal, en **España operan distintos tipos de ayudas, prestaciones y regímenes de copago que pueden variar en función de la normativa autonómica o local.**

#### 1. Apoyos provenientes del sistema de dependencia

Solo recientemente, en 2023 se aprobó la modificación a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (**LAPAD**), mediante Real Decreto, **para que los servicios y prestaciones estén más orientados hacia la promoción de la autonomía personal.** Esto supone una mejora en la atención a las personas en situación de dependencia, por lo que se alinea con el contenido de la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** de 2006, de Naciones Unidas, ratificada por España en noviembre de 2007. El propósito de la convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad.

En términos generales, la modificación incorpora los siguientes cambios en la LAPAD:

- Incorpora el derecho a decidir de las personas que reciben la prestación sobre las medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. En todo caso, las medidas se prestarán respetando su voluntad, deseos y preferencias.
- Modifica que las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sean acordes a las circunstancias, preferencias y voluntad de cada persona en situación de dependencia, en el diseño, planificación y seguimiento de sus intervenciones, de forma que se preste una atención centrada en la persona.



Como se ha mencionado anteriormente, se estima que hay alrededor de **740.419 personas con doble valoración (de situaciones de dependencia y discapacidad) atendidas por el SAAD** (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022). Las prestaciones y apoyos que disponen las personas con discapacidad, así como las personas mayores (y sus familiares) **cubren parcialmente las necesidades de apoyo. En ambos casos, los apoyos no tienen ni la orientación adecuada, ni la intensidad necesaria**, generando sobrecarga en las familias y dificultando la autonomía y la vida independiente, como revelan las cifras que se presentan a continuación:

- El **43,8% del total de prestaciones que reciben las personas con grado de discapacidad del 33% o más y que tienen algún grado de dependencia reconocido es la Prestación Económica de Cuidados Familiares** (casi el doble de las personas sin discapacidad reconocida), seguida del Servicio de Ayuda a Domicilio (17,0%) y el Servicio de Atención Residencial (13,0%), de acuerdo con la Evaluación del SAAD<sup>57</sup>.
- **La prestación económica para la asistencia personal sólo representa el 0,6% del conjunto de servicios y prestaciones que perciben las personas con doble valoración (personas con grado superior o igual al 33% de discapacidad y grado de dependencia reconocido)**, y el Servicio de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia no supera el 2,1% (Evaluación del SAAD, 2022), aunque se encuentran importantes variaciones en los distintos territorios.

---

<sup>57</sup> Esta información se ha extraído de La Evaluación del SAAD (2022), en la que se realiza un ejercicio de triangulación de las bases de datos de personas con discapacidad y la estadística del SISAAD.



**Tabla 16.** Distribución por tipo de servicio o prestación económica principal de las personas en situación de dependencia que reciben prestaciones del SAAD, según si tienen o no reconocido un grado de discapacidad del 33% o superior<sup>58</sup>

Tipo de servicio o prestación principal	Tienen reconocido grado de discapacidad del 33% o más		
	Sí	No	Total
Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia	2,1	1,3	1,7
Atención Residencial	13,0	13,7	13,3
Centros de Día/Noche	9,7	4,0	7,1
Ayuda a Domicilio (SAD)	17,0	26,5	21,4
Teleasistencia	3,8	7,9	5,7
Prestación Económica de Cuidados Familiares	43,8	28,9	36,9
Prestación Económica Vinculada al Servicio	10,0	17,0	13,3
Prestación Económica de Asistencia Personal	0,6	0,6	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Evaluación del SAAD (2023), elaborada a partir de un fichero combinado de las bases de datos del SAAD y de valoración de la discapacidad a 31 de diciembre de 2020.

## 2. Apoyos y cuidados ofrecidos en los servicios sociales especializados

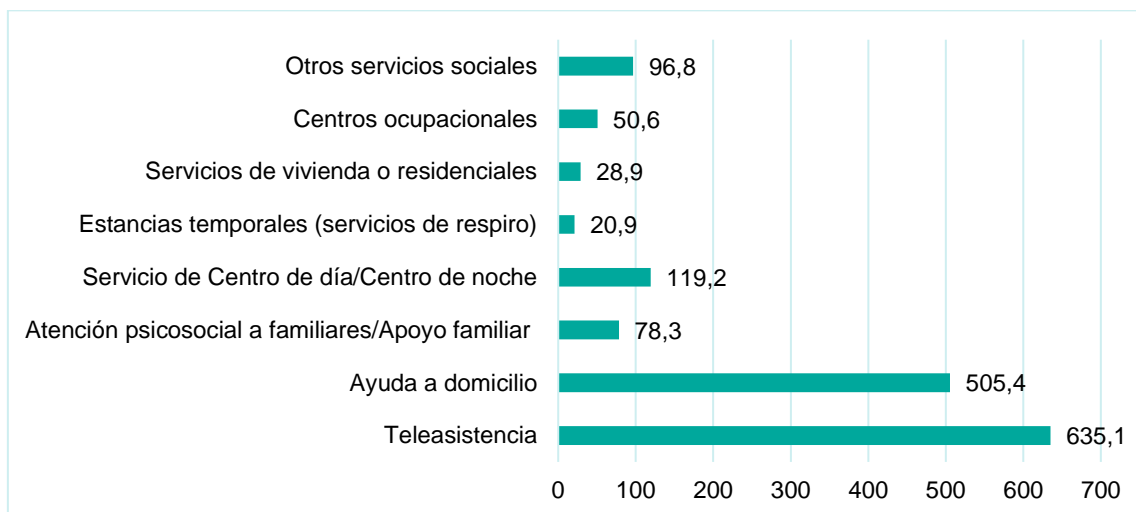
Los servicios y prestaciones para las personas con discapacidad se ofrecen desde varios sistemas de protección: el SAAD, aquellas de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y los servicios sociales autonómicos. Muchos servicios se prestan en todas las comunidades autónomas, aunque su grado de desarrollo e intensidad es distinto; algunas comunidades tienen servicios adicionales.

### Servicios y prestaciones de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad

En términos generales, los servicios y recursos básicos para las personas con discapacidad en España se resumen en el **Gráfico 18. Alrededor de 1.14 millones de personas con discapacidad (de 6 años o más) han recibido algún servicio social en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta.** Dentro de los servicios recibidos, predominan el servicio de teleasistencia (635,1 mil personas) y la ayuda a domicilio (505,4 mil personas), seguidos a mucha distancia de los centros de día/noche (119,2 mil personas) y los centros ocupacionales (50,6 mil personas). El uso de servicios de vivienda o residenciales ha sido recibido por 28,9 mil personas en los últimos doce meses.

<sup>58</sup> En los casos en que una misma persona recibe más de un servicio o prestación económica, se ha informado sólo de la que se considera principal.

**Gráfico 18.** Personas de 6 y más años con discapacidad residentes en domicilios familiares según servicios sociales recibidos en los últimos 12 meses, por sexo (números absolutos, miles)



Fuente: Encuesta EDAD (INE, 2020).

A nivel estatal, el Imserso gestiona varios centros de atención residencial para personas con discapacidad, los cuales ofrecen servicios de alojamiento, asistencia básica y otras actividades como la atención sociosanitaria, psicológica, tratamientos de fisioterapia, talleres ocupacionales, actividades culturales entre otras. Los centros están distribuidos en distintas comunidades autónomas. Aunque los centros ofrecen actividades, formaciones y servicios cuya intención es preservar o fomentar la autonomía de las personas atendidas, **la estructura de plazas indica que se trata de centros con gran capacidad (grandes instituciones) y tendencia a la atención residencial de las personas con grandes necesidades de apoyo.**

**Tabla 17.** Centros de atención residencial para personas con discapacidad del IMSERSO (2022)

	No. de Centros	No. De Plazas de residencia	No. De plazas de media pensión	Total plazas
<b>Total Centros de Atención a personas con discapacidad física (CAMF)</b>		<b>549</b>	<b>48</b>	<b>597</b>
CAMF de Alcuéscar (Cáceres)	<b>5</b>	118	2	120
CAMF de Leganés (Madrid)		112	25	137
CAMF Pozoblanco (Córdoba)		97	1	98
CAMF Ferrol (La Coruña)		110	10	120
CAMF Guadalajara		112	10	122
<b>Total Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad (CRMF) Física y Centro de</b>	<b>6</b>	<b>456</b>	<b>157</b>	<b>613</b>

	No. de Centros	No. De Plazas de residencia	No. De plazas de media pensión	Total plazas
<b>Promoción de la Autonomía Personal (CPAP)</b>				
CPAP de Bergondo (A Coruña)		75	30	105
CRMF Albacete		80	20	100
CRMF Lardero		50	22	72
CRMF Salamanca		48	20	68
CRMF San Fernando		20	35	55
CRMF Madrid		0	35	35
<b>Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia</b>	1	70	40	110
<b>Centro de Referencia Estatal para personas con Discapacidades Neurológicas (Credine)</b>	1	0	29	29

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Anual del Imsero 2022 (Imsero, 2022).

Las personas con discapacidad igual o superior al 33% se benefician de un conjunto de **prestaciones económicas y beneficios fiscales** de nivel estatal. Según la EDAD (2020), las prestaciones monetarias periódicas más recibidas son las pensiones contributivas y no contributivas de incapacidad y las prestaciones por dependencia. Entre los beneficios fiscales destacan los relacionados con el IRPF. Sin embargo, existen **incompatibilidades entre el empleo y las pensiones** (en especial las no contributivas), dificultando la cobertura de las necesidades básicas de las personas con discapacidad, especialmente de aquellas con menores ingresos económicos o con empleos precarios. En particular, **esta incompatibilidad desincentiva el acceso al empleo y contribuye a la cronificación de las prestaciones** ante la dificultad de renunciar a las mismas por los motivos ya expuestos, según se expone en la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030.

### Servicios Sociales autonómicos

Los servicios sociales especializados a nivel autonómico ofrecen para las personas con discapacidad, servicios de atención temprana, servicio de apoyo a la vida independiente, ayudas técnicas y adaptaciones, servicios de rehabilitación y terapia, programas y apoyos para la formación y la inserción laboral y servicios de transporte adaptado. El desarrollo, el enfoque y la gestión de dichos servicios varía en función de la normativa de cada territorio.

Sobre esto último, es importante destacar que **no todas las comunidades autónomas han realizado las adaptaciones específicas de su normativa de Servicios Sociales al artículo 19 de la CDPD**, sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. En consecuencia, hay servicios clave para la vida en





comunidad que no han logrado consolidarse lo suficiente para promover la autonomía y la vida independiente, como es el caso de la **asistencia personal**.

El desarrollo de la asistencia personal es desigual en el territorio nacional; esta prestación se ha puesto en marcha con una **escasa dotación de recursos** (aunque las cuantías se han incrementado con la reciente Reforma del SAAD) **y sin control ni homologación del perfil de las personas que prestan el servicio**. Además, en varios territorios **la AP es incompatible con otras prestaciones**, como es el caso de Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, aunque **son destacables los casos de Castilla y León y Euskadi, en los que el desarrollo y la compatibilidad de la asistencia personal con otros servicios es mucho mayor** (Plena Inclusión, 2020).

En varios territorios, la asistencia personal carece de personalización y se limita a los apoyos para el desarrollo de actividades básicas, sin trascender a otros aspectos clave de la inclusión y la participación en sociedad. Como ejemplo de la carencia de personalización, cabe destacar que **no existe una figura profesional específica para niños y niñas con discapacidad**. Las y los asistentes personales abarcan todas las funciones independientemente de la edad de la persona usuaria (Predif & Universidad de Jaén, 2020).

La prestación de asistencia personal, además de ser compatible, **debe diferenciarse debidamente de otros servicios de apoyo y cubrir cualquier ámbito de la vida diaria de las personas con discapacidad**. Con frecuencia, el despliegue de las prestaciones en las diferentes comunidades se limita al apoyo para el empleo y la educación. **La asistencia personal como instrumento para la vida independiente debe cubrir todas las necesidades para la inclusión y participación en la comunidad de las personas con discapacidad**, incluidas el ocio y la participación social, política y cultural.

Recientemente, se ha aprobado el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de **acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia** y con el que se busca impulsar esta figura para **favorecer la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y con independencia de su edad**. (BOE, 2023).

Algo similar sucede con los **servicios de atención temprana** (como recurso preventivo indispensable), sobre la cual hasta el 2023 no existía una normativa armonizadora a nivel nacional. Considerando que tanto la sanidad, educación y servicios sociales son competencias autonómicas, el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad.

En él, se establecen líneas de actuación clave para la mejora de la atención temprana, tales como:



- Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias.
- Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias.
- Planificar, dimensionar y articular fórmulas de financiación adecuadas para los equipos, centros y servicios de atención temprana en función de la población a atender, teniendo en cuenta una base territorial y comunitaria bien definida.
- Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana.
- Garantizar la valoración e intervención integral, cuidando que las actuaciones que se desarrollen sean personalizadas, respetando la iniciativa e intereses de cada niño/a y de cada familia, en tanto sujetos activos y partícipes principales de dichos procesos, de su orientación y de la toma de decisiones sobre temas que les afecten.
- Mejorar la calidad de las actuaciones y servicios de la atención temprana.
- Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las y los profesionales implicados en el proceso de Atención Temprana.
- Optimizar los sistemas de información y registro. (BOE, 2023).

Sin embargo, sólo **9 comunidades autónomas<sup>59</sup> han regulado la atención temprana mediante decretos específicos** desarrollados por las consejerías competentes, lo cual otorga un mayor grado de flexibilidad al abordar reformas necesarias (por ejemplo, para adaptarse a lo estipulado por la CDPD). **Solo las Islas Canarias han regulado la atención temprana mediante una Ley propia** que regula la intervención y crea una red integral de responsabilidad pública, universal y gratuita.

Las demás comunidades autónomas<sup>60</sup> no cuentan con una regulación específica, aunque sí incluyen el servicio en el catálogo de servicios sociales. Algunos estudios identifican otras debilidades de la atención temprana (Autismo España, 2021):

- En algunas comunidades autónomas la atención se limita hasta los 3 años de edad, dejando fuera a los niños y niñas de mayor edad (4-6).
- Procedimientos administrativos complejos y largas listas de espera.
- Dispersión de los recursos de información para las familias.
- Falta de coordinación entre los servicios.
- Baja frecuencia, intensidad y periodicidad de los servicios.
- Escasa especialización profesional en los distintos tipos de discapacidad.
- Atención realizada en centros o espacios terapéuticos y no en el entorno natural.

También **se observa la necesidad de desarrollar servicios de apoyo para la toma de decisiones** de las personas con discapacidad con capacidad modificada jurídicamente. En España, la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, persigue dotar a las personas con discapacidad de más autonomía en el ejercicio de su capacidad jurídica y la toma de decisiones, limitando la tutela a menores de edad y limitando la guarda de hecho o la curatela. A pesar de esta

<sup>59</sup> Andalucía, Islas Baleares, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco y Región de Murcia.

<sup>60</sup> Principado de Asturias, Cantabria y Extremadura.



modificación, aún persisten obstáculos y limitaciones en el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (Asociación Española de Fundaciones Tutelares, 2021):

- Los entornos, la mentalidad y el enfoque de los apoyos tienden a privar a las personas de su derecho a elegir y decidir. En este sentido, es indispensable intervenir en las figuras y profesionales de apoyo, enfocando la atención hacia la voluntad y la libertad de elección.
- No hay suficiente dotación de recursos para garantizar el nuevo modelo de provisión de apoyos en la toma de decisiones.

Finalmente, con respecto a los **servicios de activación sociolaboral**, a nivel estatal y autonómico existen **centros especiales de empleo y programas de empleo con apoyo**, cuyo objetivo es reducir las barreras de acceso de las personas con discapacidad al mercado laboral y facilitar la incorporación a un puesto de trabajo en el mercado ordinario. Si bien su función es reducir la marcada desigualdad que existe en la contratación de las personas con discapacidad (con respecto a la población general), **en la práctica la regulación resulta obsoleta y frecuentemente tiene un efecto segregador**. La activación sociolaboral de las personas con discapacidad debe personalizarse, debe priorizar la incorporación en el empleo ordinario (siempre que la persona así lo desee) y debe abordar enfoques de activación inclusiva para las personas con discapacidad de difícil empleo.

### 3. Principales limitaciones en la red de apoyos y cuidados para personas con discapacidad

La **confluencia entre varios sistemas y las deficiencias de coordinación** hacen que el sistema de apoyos no esté suficientemente ordenado, lo que deriva en **dispersión y en el fenómeno de la “doble valoración”** (de la situación de dependencia y de la situación de discapacidad), provocando **sobrecarga administrativa y desorientación para acceder a servicios y prestaciones**, dificulta la organización de los servicios en los distintos territorios y genera importantes desconexiones entre unos y otros. Todo indica que los servicios están más orientados a las categorizaciones que a la personalización.

Una de las principales deficiencias que se encuentra en la atención a las personas con discapacidad (así como a las personas mayores y otras con grandes necesidades de apoyo) es la dificultad para adaptar la atención a las personas con necesidades de apoyo más complejas. **No hay suficientes servicios y apoyos que ofrezcan respuestas de calidad, personalizadas y comunitarias, para estos grupos de población, ni para sus familias**. La escasez de estos recursos se traduce en una mayor probabilidad de sobrecarga familiar a lo largo de toda la vida y, por tanto, de desencadenar procesos de institucionalización, en ocasiones no deseados al ser la única alternativa.

Algunos estudios han detectado **que el uso de otros servicios sociales complementarios al SAAD no es muy frecuente, especialmente en el caso de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo** (Plena Inclusión, 2020), esto



puede darse por desconocimiento sobre los apoyos disponibles (y falta de difusión y accesibilidad de la información), porque los apoyos no son suficientes o porque están accediendo a apoyos en otros sectores (por ejemplo servicios ofrecidos por el Tercer Sector o el mercado privado). En cualquier caso, queda claro que existe un margen amplio de personas con discapacidad que, por distintos motivos, **no está accediendo a todos los apoyos disponibles en la red de servicios sociales.**

También conviene mencionar algunas deficiencias en materia de coordinación, como la **escasa coordinación en el ámbito sociosanitario y las diferencias en la atención a las personas con discapacidad en ambos sistemas.** Por ejemplo, en su articulado, la LAPAD no concreta suficientemente las medidas y actuaciones a implementar entre los servicios sociosanitarios y la Ley 63/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; tampoco desarrollan el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria para personas con discapacidad (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018).

También es importante resaltar las **incompatibilidades entre los distintos servicios, generando barreras en materia de accesibilidad y cobertura,** especialmente para aquellas personas con mayores necesidades de apoyo. Algunas incompatibilidades se derivan de la LAPAD, otras se observan a nivel territorial, otras en el acceso a pensiones no contributivas y otras en el acceso a la prestación AP (como se ha señalado previamente).

Así, la atención a la discapacidad en España se encuentra atomizada en distintos sistemas de apoyo, escasamente conectados entre sí. La solicitud de ayudas y de apoyos, por tanto, dista de ser integral. Para acceder a los servicios, las personas con discapacidad deben pasar por distintos trámites y procesos burocráticos que no siempre se complementan.

### **3.1.2. Sistema de Apoyo y Protección a la Infancia y la Adolescencia en riesgo**

Según establece el marco legal, el principal objetivo del sistema de protección debe ser la permanencia del niño, niña o adolescente con su familia. Cuando se detecta un caso de posible riesgo para la integridad o la vulneración de derechos de la infancia o la adolescencia, los servicios sociales pueden hacer una declaración administrativa de riesgo, que supone apoyar a las familias para favorecer la preservación familiar y evitar la retirada de tutela o suspensión de la patria potestad. En caso de que esto no sea posible, el paso por recursos residenciales o el acogimiento familiar debe darse en paralelo a los esfuerzos de reintegración familiar. Sin embargo, **tan solo el 13% de las bajas de los recursos residenciales y el 8,9% de las bajas en acogimientos familiares se dieron porque el niño, niña o adolescente volvía a la familia.**

Los **recursos** con los que cuentan la mayoría de los ayuntamientos o CCAA tanto para la **detección de situaciones de riesgo,** como para **programas de apoyo a familias en momentos de vulnerabilidad, para apoyar a la crianza o generar buenas habilidades parentales, son limitados;** todo ello genera demoras en la tutela. Es esencial centrar la intervención de la Administración **en programas de apoyo a las**



**familias que pongan el foco en la prevención primaria y secundaria. Así, es necesario reforzar el sistema de prestaciones familiares para la crianza, fomentar medidas efectivas de conciliación de la vida familiar y laboral y garantizar el acceso a recursos o servicios adecuados.**

Se insiste en que es imprescindible **dotar los procedimientos de retirada de tutela de garantías jurídicas**. El Consejo asesor insiste en la falta de garantías jurídicas en los procedimientos de retiradas de tutela, la falta de regulación del procedimiento del riesgo, la inexistencia de la obligación de una resolución administrativa del riesgo, la carencia de un procedimiento formal y escrito de evaluación y determinación del Interés Superior del Menor y la falta de asistencia jurídica de las familias y la infancia" En este sentido, el Informe anual de 2022 del Defensor del Pueblo destaca la necesidad de *“abordar, desde el plano legislativo y previa consulta con las instancias pertinentes, un refuerzo de las garantías legales en estos procesos por los que la Administración debe proceder a una declaración de desamparo con la asunción de tutela del menor, separándolo de sus progenitores”*.

Hacemos referencia a continuación a los principales recursos que hay en el sistema de protección:

### **1. Recursos de acogimiento residencial**

Actualmente aún hay **16.177 niños, niñas y adolescentes** en situación de acogimiento residencial, distribuidos en un total de **1.185 recursos residenciales de protección** y **15.723 plazas** ofertadas, con una **media de 13,3 niños y niñas atendidos por recurso**. Según el último Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia (2021), estos recursos **representan la respuesta ante casi la mitad de las medidas de guarda en la actualidad (46,7%)**.

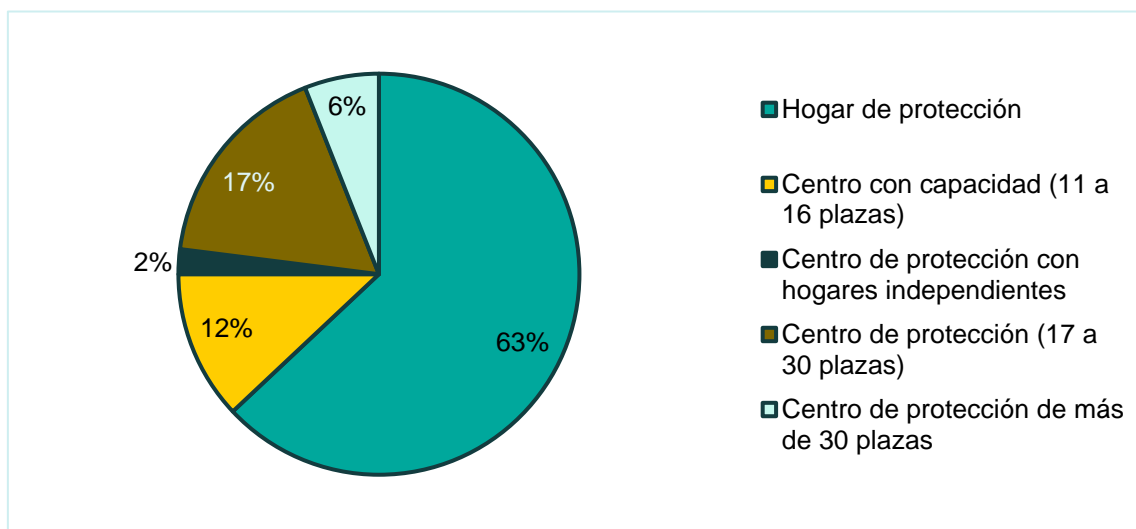
**El acogimiento residencial sigue siendo la vía prioritaria de entrada en el sistema de protección**. En concreto, en 2021, **el 75% de las y los menores de edad que entraron en el sistema lo hicieron directamente a un acogimiento residencial**, frente al 25% de altas en acogimiento familiar. Aunque la legislación llama a priorizar el acogimiento familiar sobre el residencial, **solo el 7% de bajas en centros de menores es debido al paso al acogimiento familiar**. En 2021, solo pasaron de acogimiento residencial a familiar 925 niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con lo reportado al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Asimismo, contrario a lo establecido por la Ley, el número de total de niños y niñas en acogimiento residencial aún es elevado en las franjas de 0 a 3 años (503) y de 4 a 6 años (536), representando.

En lo que a la estructura de centros se refiere, **en España se observa una tendencia a reducir la capacidad de los recursos residenciales para la infancia y la adolescencia**, aunque aún se encuentran centros de protección a gran escala, con más de 30 plazas (un total de 64) o de entre 17 y 30 plazas (188). De hecho, el Estudio de los centros de acogimiento residencial para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la protección en España elaborado por la Universidad de Comillas y la Asociación Nuevo Futuro (2020) detectó que el **63% de los centros estudiados son “hogares de protección” integrados en el entorno con menos de 10 plazas**, que son más idóneos



para el acceso de la infancia y la adolescencia a los recursos comunitarios para garantizar la cobertura de necesidades y la participación en otros aspectos de su vida.

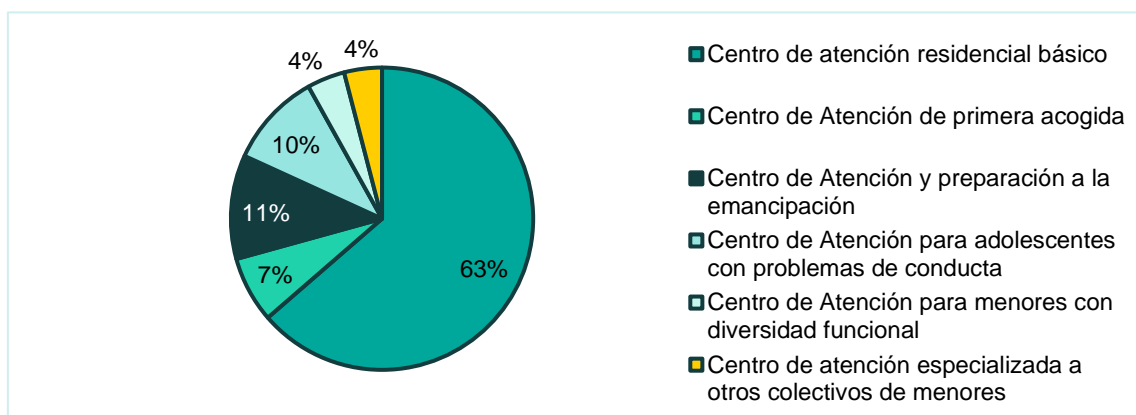
**Gráfico 19.** Porcentaje de los centros según la estructura de plazas, a 31 de diciembre de 2020



Fuente: Asociación Nuevo Futuro y Pontificia Universidad de Comillas (2020) Estudio de los centros de acogimiento residencial para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la protección en España.

En cuanto a la distribución de los centros según los programas de atención, **a nivel nacional predominan los centros de atención residencial básica (representando el 63% del total de centros), seguido de los centros de atención y preparación para la emancipación (11%).** Además, se constata la existencia aún de **recursos segregados para niños y niñas con determinadas características**. Un 4% de los recursos identificados son para niños y niñas con discapacidad y un 10% para infancia con problemas de conducta (esta información se puede visualizar en el **Gráfico 20**).

**Gráfico 20.** Porcentaje de los centros según los programas de atención, a 31 de diciembre de 2020



Fuente: Asociación Nuevo Futuro y Pontificia Universidad de Comillas (2020) Estudio de los centros de acogimiento residencial para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la protección en España.



Por último, **los recursos de acogimiento residencial parecen ser la principal respuesta para los menores de edad no acompañados y, en general, la infancia y adolescencia de origen extranjero**. En 2021, el total de menores de edad extranjeros no acompañados que llegaron a España y que recibieron acogida fue de 4.762. La práctica totalidad recibió apoyo en acogimientos residenciales (4.563) frente a solo 109 casos de acogimiento familiar (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Además, **la respuesta para los menores de edad migrantes no acompañados es segregadora, en tanto en cuanto se ofrece desde centros especializados en estos grupos de población**. Se identifican un total de 247 centros para menores de edad migrantes no acompañados, de los cuales el 40% son hogares de protección, el 10% son centros con capacidad entre 11 y 16 plazas, el 4% se concentra en protección con hogares independientes, otro 15% en centros de 17 a 30 plazas y el 18% restante<sup>61</sup> en centros de más de 30 plazas (Asociación Nuevo Futuro y Universidad de Comillas, 2020).

## 2. Acogimiento familiar

A finales de diciembre de 2021 había **18.455 niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento familiar** (Boletín 24 de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia 2021). **Las medidas de acogimiento permanente son las que prevalecen**, indicando que es muy probable que la infancia en esta situación no retorne a sus familias de origen en el largo plazo. A finales de 2021, 11.637 niños, niñas y adolescentes (63,0% del total) ingresaron a acogimiento familiar con carácter permanente, 4.384 ingresaron de manera temporal (23,7%), 1.843 se encontraban en situación de guarda para adopción (9,98%) y 591 (3,20%) ingresaron por medidas de urgencia.

Con relación a las modalidades de acogimiento y los ofrecimientos familiares, los datos oficiales del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 constatan que:

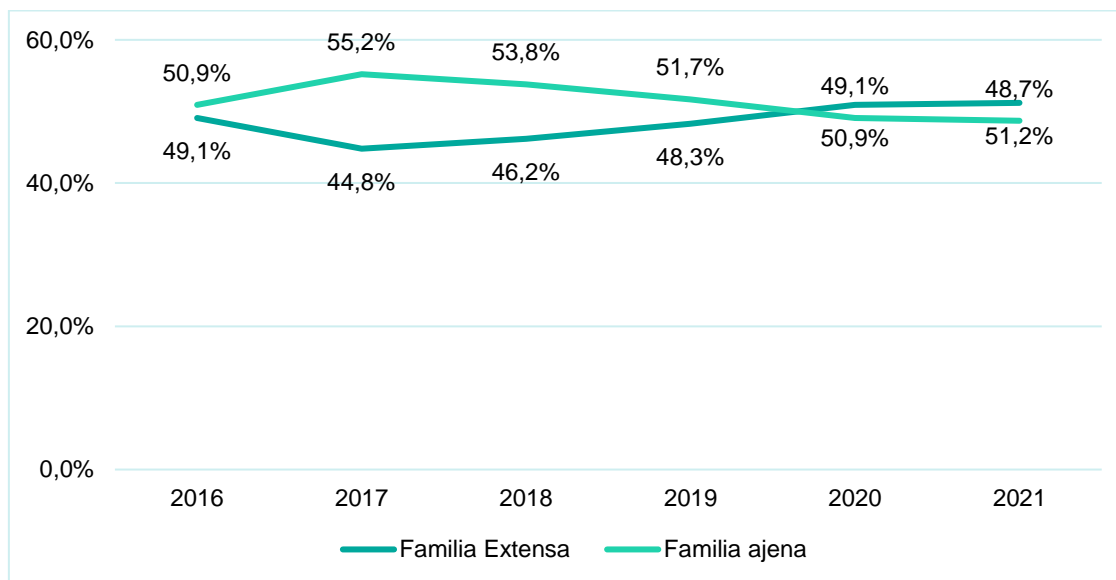
- **La familia extensa se mantiene como la principal opción de las administraciones públicas**, con un total de 11.395 guardas (61,7%). Por su parte, 7.060 niños, niñas y adolescentes son acogidos en familia ajena (38,2%).
- **Predominan los ofrecimientos en familia extensa**. A finales de 2021 se realizaron 2.766 ofrecimientos (51,2% en familia extensa y 48,7% en familia ajena), suponiendo un aumento del 27,7% con respecto a 2020. Siguiendo la evolución de los ofrecimientos en el tiempo, se observa una tendencia creciente en la modalidad de familia extensa. Algunos estudios indican que esta tendencia puede deberse al papel de los programas de preservación familiar, en los que la familia extensa se posiciona como el espacio en el que proveer de cuidados alternativos y que de este modo los niños, niñas y adolescentes no queden desvinculados completamente de sus familias (Aldeas Infantiles, 2022). Por el contrario, **desde 2019 se observan leves reducciones en el número de**

<sup>61</sup> El estudio en cuestión se basa en un conjunto de categorías consensuadas por las CC.AA. que participaron en el estudio. En el Informe final de la Universidad de Comillas y la Asociación Nuevo Futuro, se informa sobre la imposibilidad de categorizar los centros de menores de edad migrantes no acompañados en Andalucía (debido a que los datos no han sido facilitados). En consecuencia, la suma de los porcentajes no suma el 100%.



**ofrecimientos en familia ajena**, lo que indica la necesidad de incrementar las campañas de captación.

**Gráfico 21.** Evolución del porcentaje de ofrecimientos en acogimiento familiar según tipo de familia (2016-2021)



Fuente: Boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la Infancia, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

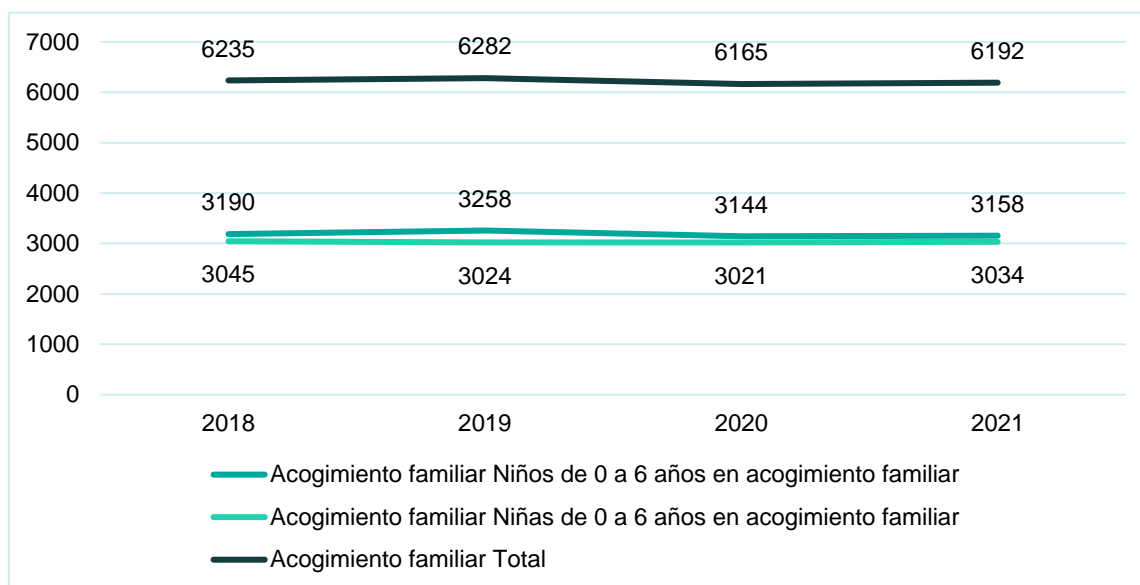
El perfil de los niños, niñas y adolescentes acogidos en familias evidencia algunos problemas o deficiencias, en particular **la segregación que de manera no intencionada genera el sistema debido a la edad, el origen nacional o la presencia de discapacidades o problemas de conducta:**

- **Dificultad para promover el acogimiento de niños y niñas con discapacidad en familias:** El número de acogimientos familiares de menores de edad con discapacidad se ha reducido, pasando de representar el 9,07% en 2020 (1.714) al 5,87% del total de acogimientos familiares en 2021 (1.083). Esto puede deberse a que no hay suficientes familias (extensas o ajenas) para acoger a niños y niñas con discapacidad, pero también al escaso desarrollo del acogimiento familiar especializado. Simultáneamente, **a partir de 2020 se observa un incremento en el número de niñas y niños con discapacidad en situación de acogimiento residencial** (pasando de 1.030 niños y niñas en 2020 a 1.446 en 2021).
- **No se incrementa el acogimiento familiar de niños y niñas de 0 a 6 años:** actualmente, se registran un total de 6.192 niños y niñas de 0 a 6 años en situación de acogimiento familiar, con escasas variaciones desde 2018 (esta tendencia se visualiza en el **Gráfico 22**). De hecho, el número de niños y niñas se ha reducido un 0,7% entre 2018 y 2021, pasando de 6.235 en 2018 a 6.192 en 2021. Aunque algunas CCAA ya lo han alcanzado, aún **estamos lejos de alcanzar el objetivo de que la totalidad de acogimientos en esta franja de edad se realice desde la modalidad familiar**. Parte de ello se debe a la falta de desarrollo de las Leyes 8/2015 y 26/2015 de modificación del sistema de



protección que disponen del acogimiento familiar de urgencia para garantizar que ningún niño o niña menor de 3 años pase por un recurso residencial y, preferentemente, tampoco ningún niño o niña menor de 6 años.

**Gráfico 22.** Evolución en el número de acogimientos familiares de niños y niñas de 0 a 6 años, 2016-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la Infancia, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Aunque los datos disponibles no nos permiten dimensionar la situación, **el acogimiento familiar sigue siendo una medida compleja para grupos de hermanos/as, para niños y niñas mayores, con problemas de salud mental cuya sintomatología pase por conductas disruptivas o para adolescentes extranjeros**. Esto se explica porque en la actualidad no hay suficientes familias candidatas, no hay suficientes apoyos ni acompañamiento especializado para estos casos y las familias también se enfrentan a un grado elevado de incertidumbre para lograr el éxito en el acogimiento (Aldeas Infantiles, 2022). Además, las medidas adoptadas con frecuencia carecen de flexibilidad, ya que, en muchas ocasiones, el niño o niña se adapta a medidas rígidas, en vez de que estas estén a disposición de sus necesidades y deseos. Así, por ejemplo y a modo de innovación, el acogimiento especializado ha sido una solución sostenible y satisfactoria en algunas partes del Estado para jóvenes con problemáticas de salud mental vinculadas a experiencias de abandono o adversidad temprana; y, como ejemplo de flexibilidad, en otros países un niño o niña en acogimiento familiar puede contar con un recurso residencial de referencia que comparta las responsabilidades de cuidado y apoyo con la familia de acogida.

Finalmente, algunos estudios cualitativos desarrollados por organizaciones con experiencia en cuidados alternativos de infancia y adolescencia en riesgo o desamparo apuntan algunas ideas adicionales para el **desarrollo del acogimiento familiar**:



- **Incrementar el número de familias de urgencia en todos los territorios** para evitar que niñas y niños se incorporen a recursos residenciales, especialmente la infancia de 0 a 3 y de 3 a 6 años.
- **Invertir en el acogimiento familiar para garantizar la disponibilidad de recursos necesarios para el acogimiento familiar** según las situaciones y coyunturas de cada niño o niña (primera infancia, grupos de hermanos, niños y niñas con discapacidad, entre otros). Esto supone aumentar los esfuerzos de captación, así como el seguimiento y apoyo a las familias acogedoras, entre otras medidas.
- **Reducir la cronificación de los niños y niñas en procesos de derivación**, a través de medidas como: (1) la disponibilidad de recursos en el sistema de protección y de capacidad para proveer de una red diversificada de familias para atender las distintas circunstancias de niños y niñas; (2) el desarrollo normativo de las Leyes 8/2015 y 26/2015 en todas las comunidades autónomas y (3) la diligencia de los procedimientos administrativos y la aplicación oportuna de medidas recomendables para posibilitar el éxito en el acogimiento familiar.
- **Apostar por medidas estables, que eviten el paso de niños y niñas por múltiples derivaciones.** Una fórmula que se propone es incrementar recursos alternativos como las adopciones abiertas, una modalidad contemplada por la Ley que supone una mayor estabilidad para familias acogedoras, al tiempo que permite que se mantenga el contacto con la familia de origen. Idealmente, los niños y niñas deberían poder tener estabilidad en las medidas de guarda, sin derivaciones excesivas o cambios innecesarios entre familias.
- **Introducir medidas orientadas a facilitar el arraigo y adaptación del niño o la niña en la familia acogedora**, para solventar pequeños o grandes conflictos, fomentar la participación y la escucha de la infancia, generar confiabilidad y apoyo mutuo entre familias y niños y niñas acogidos, espacios de conciliación, ayuda y asesoramiento, entre otras medidas.
- **Evitar la ruptura de vínculos familiares (especialmente entre hermanos) o favorecer el restablecimiento de los mismos cuando las medidas de guarda suponen una ruptura**, apostando por nutrir las redes naturales de apoyo que puedan favorecer los procesos de autonomía tras salir del sistema de protección y cuidados alternativos.
- Ampliar **apoyos destinados a las familias de origen** para evitar la separación o promover la reintegración. Así, las familias de origen necesitarían de ayudas para la crianza, medidas conciliadoras de la vida familiar y laboral y acceso a servicios básicos y de calidad.
- **Garantizar que cualquier modalidad de acogimiento sea un entorno seguro** que cuente con mecanismos de comunicación seguros, bien promocionados, confidenciales, accesibles, eficaces y adaptados para los niños, niñas y adolescentes.
- **Prohibir todas las formas de violencia contra las niñas, niños y adolescentes** en todas las modalidades alternativas de cuidado, incluyendo cualquier tipo de contención mecánica y farmacológica en cualquier tipo de centro y estableciendo planes de reducción de restricciones.



- Garantizar el **acompañamiento y los apoyos necesarios en la transición a la vida adulta** de los y las jóvenes al salir del sistema de protección. Son necesarios el acompañamiento en la emancipación, la intervención sociolaboral y las soluciones habitacionales, entre otros.

### 3. Apoyos para la transición a la vida adulta y salida del sistema de protección

**Las bajas o salidas del sistema de protección alcanzaron la cifra de 4.641 en 2021**, 3.684 en acogimiento residencial (29% del total de bajas en esta modalidad) y 957 en acogimiento familiar (21,1% del total de bajas en este tipo de acogimiento), según el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Cumplir la mayoría de edad supone la pérdida de los apoyos propios del sistema y el paso a una vida adulta para la que muchos adolescentes no están preparados. Las dificultades de la vida adulta son especialmente difíciles para los y las jóvenes cuyo paso ha sido por recursos residenciales, para aquellos y aquellas sin referentes familiares, para los niños y niñas con discapacidad, problemas de salud mental o de origen extranjero.

Ante esta realidad, **a nivel estatal existen algunas provisiones legales<sup>62</sup> para acompañar la transición de los egresados del sistema de protección hacia la vida adulta**. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, dispone lo siguiente:

<b>Artículo 11.4</b>	“Las entidades públicas dispondrán de programas y recursos destinados al apoyo y orientación de quienes, estando en acogimiento, alcancen la mayoría de edad y queden por fuera del sistema de protección, con especial atención a los que presenten discapacidad”.
<b>Artículo 22.bis: Programas de preparación para la vida independiente</b>	“Las Entidades Públicas ofrecerán programas de preparación para la vida independiente dirigidos a los jóvenes que estén bajo una medida de protección, particularmente en acogimiento residencial o en situación de especial vulnerabilidad, desde dos años antes de su mayoría de edad, una vez cumplida esta, siempre que lo necesiten, con el compromiso de participación activa y aprovechamiento por parte de los mismos. Los programas deberán propiciar seguimiento socioeducativo, alojamiento, inserción sociolaboral, apoyo psicológico y ayudas económicas”.
<b>Disposición Adicional Tercera. Apartado 6: Criterios comunes de cobertura, calidad y accesibilidad</b>	“Atención integral a jóvenes ex tutelados: formación en habilidades y competencias para favorecer su madurez y propiciar su autonomía personal y social al cumplir los 18 años de edad; garantía de ingresos suficientes para subsistir; alojamiento; formación para el empleo, que facilite o priorice su participación en ofertas de empleo como medida de discriminación”.

Según algunos expertos, **este acompañamiento en España es aún genérico y tiene un marcado enfoque asistencialista que está llamado a cambiar**. En primer lugar, la aplicación de dichos estándares no se ha abordado; se priorizan la educación, la formación y la preparación para la inserción laboral entre los 16 y 18 años, pero hace falta incorporar estándares internacionales que ponen en el centro el interés superior del menor y su participación como elementos clave para la definición de su proceso de

<sup>62</sup> Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015).



emancipación y salida del sistema. Por otro lado, los programas de transición a la vida adulta son dispares a nivel territorial, las previsiones son escasas e insuficientes para garantizar una transición integral que prepare a la juventud con trayectoria en el sistema de protección para los desafíos que supone la adultez en su contexto particular (Aldeas Infantiles, 2020).

Además de esta disposición, conviene destacar la **reforma del Reglamento de la Ley de Extranjería**<sup>63</sup> del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en 2021, que entre otras cuestiones establece medidas para **reducir la vulnerabilidad administrativa y sociolaboral de los menores de edad migrantes no acompañados y jóvenes extutelados**, facilitando que los niños y niñas de este grupo de población lleguen documentados a la mayoría de edad, permitiendo que puedan acceder al mercado laboral a partir de los 16 años y evitar la irregularidad administrativa sobrevenida tras la salida del sistema de protección. A raíz de esta medida, el Ministerio de Inclusión reportó en noviembre de 2022 un total de 15.533 menores de edad migrantes no acompañados y jóvenes extutelados, de los cuales **7.306 cuentan con autorización para trabajar en alta laboral**.

Por último, aunque el sistema de protección ha introducido medidas de calidad, hace falta desarrollar los programas de transición hacia la vida adulta y el apoyo a la juventud egresada del sistema, ofreciendo apoyos preventivos, continuados y orientados a la autonomía y la independencia. A continuación, se detallan algunas ideas:

- **Prevención, protección integral, gradual y continua:** el sistema en su conjunto debe orientarse a la prevención del riesgo y la separación de la familia. Cuando se toman medidas de protección, es indispensable orientar la actuación de las administraciones públicas hacia el retorno familiar o el paso a medidas de acogimiento familiar, procurando el cuidado y desarrollo holístico del niño o la niña durante sus etapas de crecimiento desde el momento en el que entra en el sistema de protección. Así, no solo se requieren programas específicos de preparación para la adultez, sino que los apoyos y cuidados del sistema deben ser transversales, graduales (reducción progresiva de los apoyos para la adquisición de mayores responsabilidades y autonomía) y continuos (evitando espacios temporales sin apoyo), de manera que el niño o la niña adquieran las herramientas necesarias a lo largo de su paso por el sistema de protección.
- **Apoyos integrales:** los programas de preparación para la vida adulta tienen un grueso e importante componente de formación, educación y activación laboral. Sin embargo, estos son solo algunos ámbitos de la inclusión. Han de desarrollarse más otros aspectos clave para fomentar la autonomía y mejorar las oportunidades futuras de este grupo de población, según lo establece el propio Comité de Derechos del Niño en su Observación no. 20. En concreto, se trata de apoyos para el empleo, el acceso a la vivienda, el apoyo psicológico y la participación, entre otras cuestiones.

---

<sup>63</sup> Real Decreto 903/2021, de 19 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, aprobado por el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril.





### 3.1.3. Apoyo y protección a las personas sin hogar

En España, la atención al sinhogarismo está predominantemente focalizada en la oferta de centros y servicios, basada en una atención de emergencia, generalmente de baja intensidad, y en la cobertura de necesidades básicas y no tanto en la promoción de la autonomía y los apoyos para reconstruir la vida en la comunidad. Los datos oficiales constatan un incremento generalizado de los recursos de atención a personas sin hogar, la mayoría de ellos concentrados en centros y albergues. A continuación, se realiza una descripción de los recursos disponibles.

Para dar respuesta al creciente sinhogarismo (que ha crecido casi en un 25% con respecto al 2012), en los últimos años se ha observado un incremento en la oferta de plazas en los recursos de atención a personas en situación de sinhogarismo. **Este crecimiento se observa especialmente en los recursos de comedor social (47,8%), albergues, centros de acogida y residencias (38,6%) y los pisos o apartamentos (33,3).** Los centros de alojamiento colectivo (albergues, centros de acogida y residencias) representan el 43,0% de los centros de atención a personas sin hogar (INE, 2020), seguido de los pisos y apartamentos (34,5%).

**Tabla 18.** Evolución del número de centros para personas sin hogar según actividad principal (2014-2020)

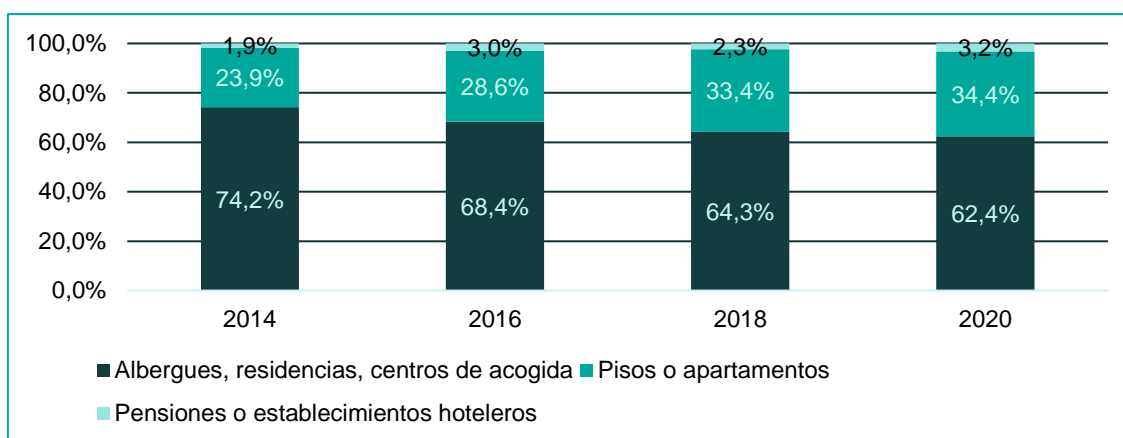
	2014		2020		Variación (%)
	Número	%	Número	%	
Albergues, centros de acogida y residencias	316	39,8%	438	43,0%	38,6%
Pisos/apartamentos	264	33,2%	352	34,5%	33,3%
Comedor social	67	8,4%	99	9,7%	47,8%
Centro de día	60	7,6%	76	7,5%	26,7%
Otros	87	11,0%	54	5,3%	-37,9%
<b>Total</b>	<b>794</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.019</b>	<b>100,0%</b>	<b>28,3%</b>

Fuente: Encuesta sobre Centros y Servicios de Atención a Personas Sin Hogar, INE.

De acuerdo con la Encuesta sobre Centros y Servicios de Atención a Personas Sin Hogar (INE, 2020), **hay alrededor de 20.191 plazas y 16.961 personas utilizando los servicios**, de las cuales el 26% son mujeres. El 62,4% de las plazas ofertadas se encuentran en albergues o centros de acogida, el 34,4% en pisos/apartamentos y 3,2% se ofrecen en pensiones u hoteles. En general, **el número de plazas se ha incrementado, pasando de 13.490 en 2006 a 20.191 en 2020.** A este respecto, es destacable el **crecimiento paulatino de plazas en pisos y apartamentos**, que han pasado de representar el 23,9% del total de plazas existentes en 2014 al 34,5% en 2020. Asimismo, es relevante destacar que desde 2014 se observa una reducción de casi 12 puntos porcentuales en las plazas existentes en albergues, residencias y centros de acogida, pasando de representar el 74,2% del total de plazas existentes en 2014, a un 62,4% en 2020, según el análisis de la Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo 2023-2030.



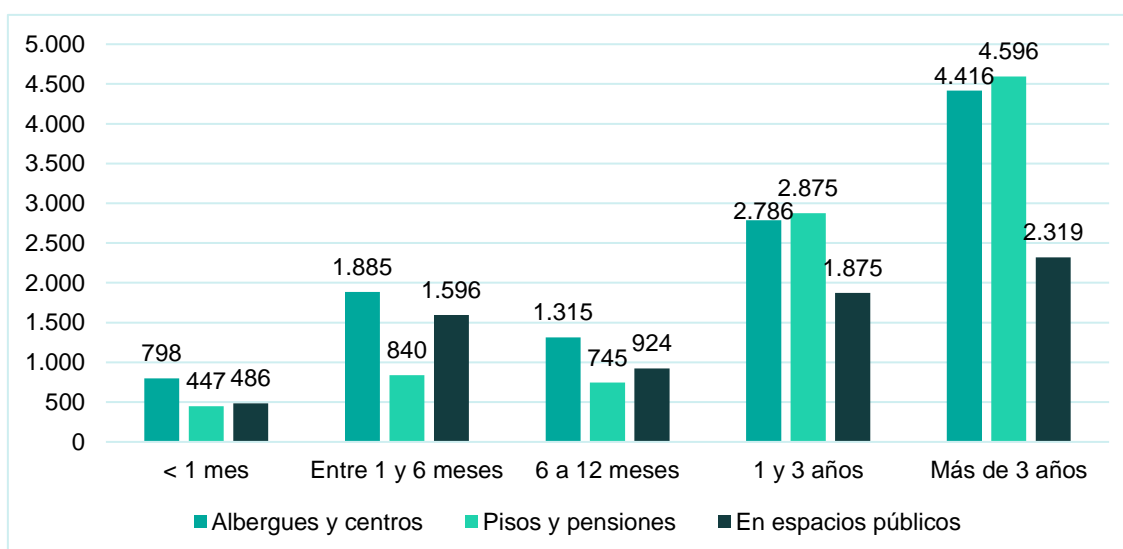
**Gráfico 23.** Distribución de plazas existentes por tipo de centro (tendencia 2014-2020)



Fuente: Encuesta sobre Centros y Servicios de Atención a Personas Sin Hogar, INE.

Las personas que no tienen un hogar normalmente llegan a esta situación cuando todos los demás sistemas de protección han fallado. Los recursos disponibles cubren las necesidades básicas, pero tienen muchas limitaciones a la hora de ofrecer apoyos para que las personas retomen la autonomía y la trayectoria de sus vidas. En la práctica, sin embargo, se observa que **las personas se cronifican en el sinhogarismo a pesar de recibir apoyos en los dispositivos de atención**. La Encuesta sobre Personas Sin Hogar (INE, 2022) identificó un total de 4.416 personas que han pernoctado en albergues y centros que llevan más de 3 años sin vivienda propia y 4.596 personas pernoctando en pisos y apartamentos, que llevan más de 3 años en situación de sinhogarismo. Parece evidente que existe una dificultad para fomentar las salidas autónomas del sistema y es muy frecuente el fenómeno de la “puerta giratoria”.

**Gráfico 24.** Número de personas sin hogar según lugar de pernoctación y el tiempo que llevan sin alojamiento propio (2022)



Fuente: Encuesta a Personas Sin Hogar, INE.



Por otro lado, los **recursos de alojamiento colectivo no se adaptan suficientemente a las necesidades de las personas, ni favorecen la personalización ni la promoción de la vida en la comunidad**. Los centros no siempre están en los centros urbanos, dificultando la inclusión y plena participación en la comunidad y su frecuente masificación profundiza el estigma y las situaciones de marginalidad. Así lo ilustran los datos de la Encuesta sobre Centros de Atención a Personas Sin hogar (2020):

- El 76,6% de los centros no tienen ninguna especialización.
- Solo el 2,9% de los 1.019 centros registrados en 2020 emplea la metodología *Housing First* (que ofrece una vivienda y acompañamiento integral a la persona para la vida en la comunidad).
- El 47,5% de los centros ofrece orientación profesional y el 17,8% realiza talleres de inserción.
- El 7,0% de los centros está especializado en atención a mujeres víctimas de violencia de género, aunque las evidencias indican que un alto porcentaje de las mujeres en situación de sinhogarismo ha sufrido o sufre este tipo de violencia.

Analizando la utilización de otros servicios sociales, se observa que **la mayoría de las personas en situación de sinhogarismo acceden con relativa facilidad a los servicios de alojamiento y restauración, pero tienen mayor dificultad para acceder a las ayudas económicas**. La concesión de ayudas económicas se concede en el 54,9% de los casos, posiblemente por la existencia de incompatibilidades con otros servicios y prestaciones, errores en la tramitación de la solicitud o por la existencia de barreras para acceder a estas, como puede ser la falta de documentación, documento del padrón municipal o irregularidad administrativa.

**Tabla 19. Personas sin hogar según utilización de los servicios sociales, 2022**

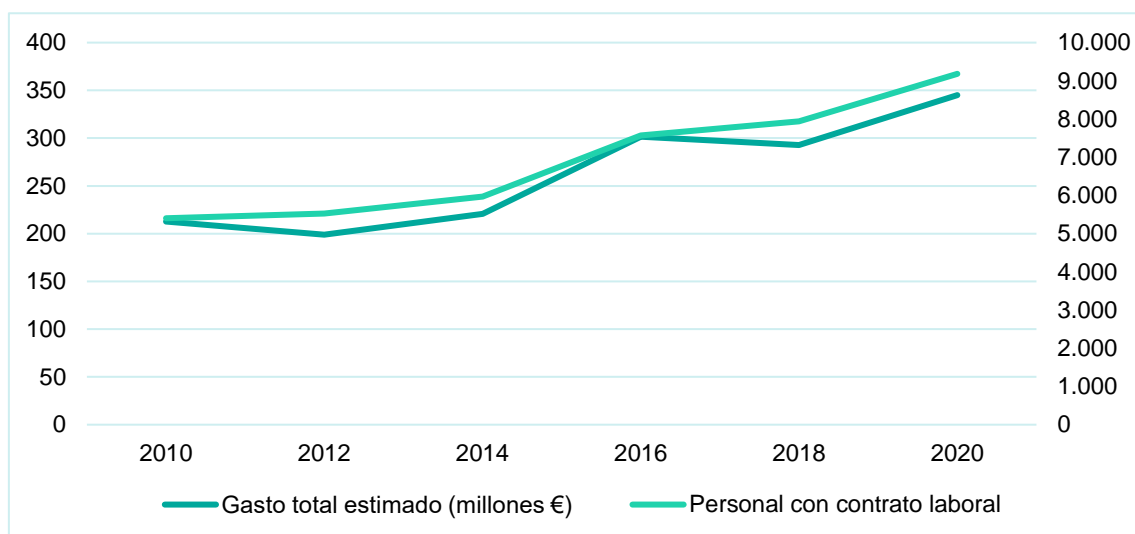
	Número de solicitudes	Solicitudes concedidas (%)
Servicio de alojamiento	17.890	81,8
Asistencia a un centro diurno/nocturno	5.296	87,5
Asistencia a un centro de rehabilitación	2.542	85,8
Servicio de información/orientación/acogida	13.533	92,6
Restauración/Comedor	18.787	97,6
Servicio de higiene/ropero	12.643	96,7
Asistencia social especializada	6.576	92,8
Ayuda económica	9.991	54,9
Otros	379	54,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre personas sin hogar, INE, 2022.

En cuanto a la financiación, en los últimos años se ha observado un **crecimiento generalizado del gasto y del personal en los centros para personas sin hogar**. En concreto, la Encuesta sobre Centros y Servicios para Personas Sin Hogar estima que el gasto destinado a la financiación de estos centros asciende a 345 millones de euros en 2020, un incremento del 62,2% (132,4 millones) con respecto a 2010. Alrededor del 83,7% de los centros para personas sin hogar se financian con recursos públicos (INE, 2020).



**Gráfico 25.** Evolución del gasto destinado a la financiación de centros para personas sin hogar y del personal con contrato laboral, tendencia 2010-2020



Fuente: Encuesta sobre Centros y Servicios de Atención a Personas Sin Hogar, INE.

### 3.2. Implicación de la vida en instituciones

#### IDEAS FUERZA

- **Vivir en instituciones tiene en general efectos negativos sobre la vida de las personas**, como el aislamiento, la dificultad de mantener de relaciones sociales, la pérdida de control sobre sus elecciones de vida y sobre el ejercicio pleno de sus derechos.
- La falta de intimidad, la rigidez de las normas, la sensación de soledad, la atención poco personalizada, la pérdida de identidad, o la sensación de marginación, son aspectos que se suelen asociar frecuentemente a la institucionalización.
- Vivir en una institución, sin embargo, puede **contribuir a responder a necesidades** entre las que destacan acceso a cuidados y servicios permanente, seguridad y protección, y apoyo social.
- **A las personas que viven en instituciones les gustaría poder elegir sobre sus propias vidas:** dónde residen, qué hacen y cómo lo hacen y que se les facilite y acompañe en el proceso de toma de decisiones y en definitiva poder desarrollar su proyecto de vida.

**Vivir en instituciones tiene en general efectos negativos sobre la vida de las personas**, como el aislamiento, la dificultad de mantener de relaciones sociales, la pérdida de control sobre sus elecciones de vida y sobre el ejercicio pleno de sus derechos. La mayoría de las personas que participaron en los grupos de consulta llevados a cabo han coincidido en que **es difícil tener un proyecto de vida viviendo en una institución.**



Al ser un sistema normalmente rígido, estandarizado, asociado a la masificación, y en ocasiones al paternalismo, donde hay un exceso de normas y horarios, en muchas ocasiones implica pérdida de autonomía e incluso infantilización de las personas que requieren apoyos; todo ello afecta a la dignidad y en ocasiones a la vulneración de derechos.

En términos generales, el análisis cualitativo constata **que a las personas que viven en instituciones les gustaría poder elegir sobre sus propias vidas**: dónde residen, qué hacen y cómo lo hacen y que se les facilite y acompañe en el proceso de toma de decisiones. Algunos elementos frecuentes que destacan personas que viven o han vivido en instituciones sobre su experiencia en ellas, son:

- **Falta de intimidad:** Las personas echan en falta tener espacios individuales como una habitación propia.
- **La rigidez en las normas:** Limita la capacidad de elección incluso para las actividades más cotidianas como desayunar, comer, cenar o ducharse.
- **La sensación de soledad** y desconexión tanto con personas fuera de la residencia e incluso con las personas con las que viven en la residencia.
- **Atención poco personalizada:** Al ser instituciones de gran capacidad hay muchas más plazas que profesionales para atenderlas.
- **Pérdida de identidad:** La poca personalización de los apoyos puede incidir en que las personas se sientan un número más.
- **Percepción de marginación:** Algunas personas transmiten tristeza, pena y marginación “sienten que sus familiares no los quieren, que son una carga”.

Se pueden agrupar estos factores que impactan en la vida de las personas cuando residen en una institución:

Pérdida de autonomía y privacidad	Restricciones en la vida cotidiana	Falta de individualización y personalización	Estigma y falta de inclusión
Vivir en una institución puede limitar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones personales, ya que las personas suelen estar sujetas a horarios y reglas. Además, puede haber una falta de privacidad debido al entorno compartido.	Las instituciones pueden imponer restricciones en cuanto a las actividades diarias, como la elección de horarios, comidas o la participación en actividades sociales. Esto puede limitar la libertad y la capacidad de vivir según las preferencias individuales.	En algunas instituciones, puede haber una falta de atención individualizada y adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona. Esto puede conducir a una atención impersonal y la falta de enfoque en la individualidad de cada residente.	Vivir en una institución puede llevar a la estigmatización y la exclusión social, ya que algunas personas pueden percibirlo como una limitación o una señal de dependencia. Esto puede afectar la autoestima y el sentido de pertenencia a la comunidad.



No obstante, **vivir en una institución puede llegar a cubrir necesidades relevantes para las personas y sus familias**. Es importante mencionar que existe una amplia variedad de tipos de recursos residenciales en España, por lo que estas apreciaciones extraídas de los grupos de consulta no representan al total de la población que vive en instituciones. Algunas de estas necesidades, que podrían ser satisfechas en una institución, no necesariamente requieren exclusivamente ese tipo de entorno si se cuenta con una amplia gama de servicios comunitarios bien desarrollados. Estas son:

- **Acceso a cuidados y servicios:** Las instituciones suelen proporcionar cuidados y servicios profesionales, como atención médica, terapia y apoyo personalizado, necesarios para personas con discapacidades o necesidades de atención especial.
- **Seguridad y protección:** Las instituciones suelen contar con personal y sistemas de seguridad para garantizar la protección de las personas que viven allí. Esto puede proporcionar un entorno seguro y protegido, especialmente para las personas más vulnerables o que podrían necesitar supervisión constante.
- **Relaciones y apoyo social:** Vivir en una institución puede ofrecer la oportunidad de conectarse con otras personas en situaciones similares y establecer relaciones sociales significativas. Esto puede proporcionar un sentido de pertenencia y apoyo emocional.

Es importante tener en cuenta que **cada persona y situación es única, y las implicaciones de vivir en una institución pueden variar considerablemente**. Es esencial considerar las necesidades y deseos individuales al tomar decisiones relacionadas con la vivienda y buscar alternativas que promuevan la mayor autonomía, inclusión y calidad de vida posible.



*“Aquí el único que me quiere es el que me hace levantarme a las 8 de la mañana para limpiarme la habitación. Por lo menos me habla”.* (Grupos de trabajo multiactor sobre discapacidad).

Es importante tener en cuenta también **la percepción de la institucionalización desde la visión de la ciudadanía, las familias, y las y los profesionales que proveen atención**. En este sentido, las comunidades virtuales consultadas destacan factores que el entorno familiar de la persona podría considerar importante a la hora de tomar la decisión de un ingreso a una institución, a falta de otras opciones de base comunitaria, o por falta de conocimiento de las mismas. Entre ellos destacan:

- La vida en una institución puede suponer un ambiente seguro tanto para las personas como para sus familias.
- Llevar a una institución a una persona con gran dependencia supone un alivio para la familia cuidadora, puesto que la responsabilidad se traslada al recurso habitacional y no recae sobre las personas cuidadoras, en su gran mayoría mujeres.
- Gracias a los equipos multidisciplinares, las personas en instituciones reciben atención que no reciben en casa: médica, de enfermería, sociosanitaria, de alimentación, de acompañamiento, de ocio, entre otros, que mejora su bienestar.





- Hay profesionales muy comprometidos con las personas que viven en las instituciones, lo que en muchos casos puede llegar a suplir el cariño de una familia nuclear.
- La socialización con personas en la misma situación de vida y de vulnerabilidad, puede ser positiva para las personas.
- Son una respuesta de emergencia ante situaciones concretas, por ejemplo, las personas en situación de sinhogarismo, las y los menores que quedan en una situación de desprotección, o que llegan a España sin compañía ni de sus padres ni de tutores.

Sin embargo, los factores que las familias y el entorno a las personas con necesidades de apoyo, así como las y los profesionales destacan como negativos, son los siguientes:

- Hay una sensación generalizada de que la razón por la que las personas terminan en instituciones es porque “no hay nadie que quiera hacerse cargo de esas personas”.
- En algunos casos, las personas pueden llegar a sufrir abusos o negligencias por parte del personal del centro, por ejemplo, sujeciones.
- Las familias destacan que muchas veces el personal es insuficiente o con una alta rotación y sobrecarga de trabajo, lo que afecta a la calidad de la atención y dificulta la vinculación, o la motivación.
- Recursos insuficientes, que se limitan a proveer lo básico pero que no incluyen otro tipo de cuidados o necesidades, como la salud mental.
- Procesos burocráticos que dificultan el acceso a la intervención, listas de espera demasiado largas para acceder a los recursos.
- Estar en una situación de institucionalización conlleva intrínsecamente a una pérdida de arraigo en la sociedad, falta de participación social y comunitaria.
- Hay una falta de referentes que garanticen los apoyos y el seguimiento personalizado, y en muchas ocasiones existe una falta de coordinación entre los diferentes servicios públicos (educación, salud, servicios sociales, empleo, vivienda), los que limita el acceso a estos.
- Existe una brecha de clase en cuanto a la diferencia de los servicios públicos de los privados.

### Implicaciones de la vida en residencias para personas mayores

Como ha quedado plasmado en el anterior apartado, **vivir en una residencia para puede tener implicaciones negativas para las personas mayores**. Algunos aspectos que más se repiten en las consultas realizadas para este diagnóstico son la rigidez en las normas y los horarios; en algunos casos, señalan la mala calidad de la comida o la incapacidad de elegir. Resaltan que algunas veces compartir espacios con personas que se encuentran en situaciones físicas o cognitivas más deterioradas puede impactar negativamente en sus emociones, estado anímico o incluso en su salud física.

Tanto el grupo de profesionales que atienden a las personas mayores como el grupo de personas expertas por experiencia insisten en que **vivir en una residencia significa para una persona mayor la pérdida de control sobre su propia vida**, que en algunos casos se vive con pesar o de manera traumática, al no poder elegir lo que toda su vida



podieron elegir, y tener que seguir obligatoriamente normas a las que no estaban acostumbradas.



*“Cuando tuve que entrar en la residencia no pegué ojo por la noche, porque fue un cambio muy grande. Yo hacía lo que me daba la gana, yo salía los sábados y los domingos con mis amigas por el barrio a una cafetería y tenía un poco de libertad. Porque yo tenía más libertad y como ya había oído que había que madrugar...”*

La vida en las residencias pasa a veces también por separar a algunas parejas que han vivido toda su vida juntas, al estar divididas las residencias entre hombres y mujeres, las parejas también están separadas “yo todos los días tengo que ir a donde la mujer abajo. Yo vivo arriba y ella en la planta de abajo”.

### Recursos residenciales para personas con discapacidad

El grupo de personas expertas por experiencia con discapacidad remarcó **que las personas con discapacidad que viven en instituciones tienen la sensación de aislamiento de la sociedad**, que imposibilita que la propia sociedad integre a las personas con discapacidad.

Las personas que participaron en las Historias de vida apuntaron a que en las instituciones no les enseñan a valerse por sí mismas y no les dan las herramientas para aprender a ser independientes. Desatacan también que los servicios que reciben son poco personales y los apoyos no están adaptados a sus necesidades específicas.

Resaltan también la falta de intimidad al compartir las habitaciones y posible malestar al no encajar con la persona con quien la comparten, falta de capacidad de elección al tener que cumplir normas rígidas y sensación de claustrofobia que a veces les hace pensar en una prisión. También la desconexión de la familia.



*“Uno de los grandes problemas que tenemos es que se mueren los padres, y es que se quedan literalmente solas en el mundo. Nadie viene a verlas o a saludarlas, nada de nada. Y muchas veces hasta desaparecen del sistema que les estaba proveyendo los apoyos porque las mandan a otro lugar”. (Comunidad virtual de profesionales discapacidad).*

No obstante, se valora positivamente el apoyo continuado, el monitoreo constante y que reciban terapia ajustada a su discapacidad, así como atención básica en todo momento, lo que supone seguridad tanto para ellas como para sus familias, especialmente en los casos de grandes necesidades de apoyos. Esto además incide en una reducción de la carga de responsabilidad de las familias, sobre todo de las mujeres, sobre los cuidados de estas personas.

Por otra parte, destacan que las personas con discapacidad se sienten acompañadas y protegidas viviendo en una residencia y destaca la convivencia con otras personas que tienen sus mismas condiciones de vida.



## Acogimiento residencial de niños, niñas y adolescentes

Los recursos residenciales para la infancia y adolescencia del sistema de protección responden a las necesidades de cuidado y protección de niños, niñas y adolescentes en situación de desamparo; la variedad de recursos es muy amplia y el grado de institucionalización de estos es muy diferente y puede tener diferente impacto en sus vidas. (Fernández, 2017).

Algunos estudios que analizan el impacto en menores de vivir en instituciones sobre su identidad personal, relaciones sociales, la incorporación a la sociedad, sus conductas y hábitos, emociones y actitudes, ideas y pensamiento, normas y valores, concluyen que, **el ingreso en un acogimiento residencial incide en la pérdida del vínculo afectivo, de la identidad y de referentes sociales** al vivir una vida “artificial” dentro de un centro, lo que genera **desarraigo, marginación y un sentimiento de inseguridad y de ruptura del equilibrio personal** en el periodo de la vida del menor que influirá en cómo se desenvuelvan su vida adulta (Ferrandis et al, 1993).

Es frecuente el sentimiento de culpabilidad, tanto de las y los menores como de la familia biológica ya que *“las y los niños se sienten culpables y las familias sienten que les están castigando al quitarles al menor”* (Entrevistas en profundidad con personas expertas).

Subrayan que también existe un estigma social y falta de conocimiento en la sociedad del sistema de protección a la infancia *“cuándo te preguntan dónde vives y dices “estoy viviendo en un centro, no estoy viviendo en una casa”. Eso te afecta socialmente, no todo el mundo lo entiende y te mira mal”* (historias de vida infancia). Esto, repercute directamente en el desarrollo psicoemocional de las y los menores.

Las historias de vida relatan que las y los menores que viven o han vivido en instituciones sienten una falta de afección o de vínculos emocionales en el momento en el que más lo necesitan en su vida.



*“Los tutores son súper afectuosos. Pero acaba el turno y se van. Y si estás con fiebre se va igual. Y eso el niño coge al tutor como referente afectivo y de cuidado, pero luego este se va. Estoy enfermo y el que me cuida siempre cuando llega su hora se va. Tanto no me quiere. O como yo espero o necesito que me quiera”* (Historias de vida, infancia).

Los propios profesionales constatan que los centros de acogida cubren las necesidades básicas, pero que existen muchas carencias emocionales que una institución y sus profesionales son incapaces de cubrir. En el caso de jóvenes puede impedir su pleno desarrollo y preparación para la vida adulta puesto que *“vivir en centros, donde otros cocinan, hay personal de limpieza, te cubren los gastos, hace que no desarrollen la suficiente autonomía para enfrentarse a una vida independiente”* (Grupo personal técnico infancia)

En cuanto a menores no acompañados, destaca la ausencia de personas traductoras para migrantes, acompañamiento psicológico para reparar el daño provocado por el proceso de migración y la llegada a España, además de la falta de acompañamiento



jurídico para conseguir documentación legal, lo que una vez que llegan a la mayoría de edad, les vuelve a dejar en un estado de vulnerabilidad puesto que salen del sistema de protección sin estar preparados y preparadas para afrontar la realidad.



*“Me dieron dos semanas para salir sin trabajo, ni papeles, y hay muchos pisos que si no tienes papeles no puedes entrar, por lo que de la noche a la mañana me quedé sin sitio dónde vivir, ni posibilidad de trabajar”* (Historias de vida, infancia).

Sólo en ciertas situaciones y necesidades personales de un niño, niña, o su familia, pasar por un recurso residencial puede ser la mejor alternativa en aras de su interés superior, siempre y cuando este recurso cumpla con una serie de características o funciones y sea en un periodo de tiempo determinado. Según las personas que participaron en los grupos de trabajo multiactor sobre infancia que se llevaron a cabo tanto con personas que pasaron por el sistema de acogida como con personal técnico municipal o de los comités de tutela:

- En algunos casos los recursos habitacionales dentro del sistema de protección son un recurso resolutorio para menores mientras se soluciona su situación familiar o mientras se estabilizan o son tratados por daños psicológicos severos ocasionados por la violencia, negligencia o abandono.
- Para menores no acompañados supone un recurso de primera acogida donde ven sus necesidades cubiertas.
- También para grupos de hermanos que no deben ser separados y no tienen familia acogedora.

Existe gran variedad de recursos, en tamaño, características físicas, modelo de intervención o apertura o no a la comunidad. En general se ha dado una evolución progresiva a recursos más pequeños u hogares de protección; el acceso a un cuidado más adecuado y al mejor desarrollo posterior depende de la suerte que el niño o niña tenga.

### Albergues para personas en situación de sinhogarismo

Los albergues son recursos que **pretenden dar respuesta inmediata y de emergencia para cubrir las necesidades básicas de personas en situación de sinhogarismo**, personas que además de no tener acceso a los recursos económicos suficientes para subsistir, se enfrentan a la soledad y la ruptura de sus vínculos sociales y familiares y no cuentan con una red social que les acoja. Un centro de acogida pretende ser la primera solución para personas en esta situación y brindar de manera temporal y de emergencia un sitio dónde dormir, y comida teniendo así una opción distinta a la calle.

Sin embargo, **vivir en recursos de acogida de gran dimensión y durante mucho tiempo en general deja de ser una ayuda en los procesos de recuperación personal de las personas sin hogar e incluso imposibilita que salgan de esa situación**. El grupo de personas profesionales en sinhogarismo señaló que vivir en albergues y centros grandes cambia la identidad de las personas, merma en su libertad,



su capacidad de control por temor a perder el beneficio de los recursos, se genera una excesiva dependencia de las instituciones y terminan por convertirse en “*personas que se basan en cumplir ciertas reglas, pero no alcanzan la autodeterminación ni la recuperación de su dignidad*”.

Las personas profesionales también apuntaron a que la **ubicación de los albergues** fuera de las ciudades o en zonas marginales muchas veces **dificulta la reintegración en la sociedad**, puesto que la falta de recursos cercanos junto con los horarios limita la posibilidad de llevar una vida normalizada e insertarse nuevamente en la sociedad. De hecho, algunas personas del grupo de personas expertas por experiencia asocian el concepto de institución residencial con un “sistema carcelario” con exceso de normas y pérdida de capacidad de decisión sobre los ritmos cotidianos para las actividades diarias. Apuntan a una falta de flexibilidad y de adaptación a las necesidades individuales de las personas.

En síntesis, en términos generales, destaca la idea de que **los albergues y los apoyos para personas sin hogar están orientados hacia la supervivencia diaria pero no a vivir con calidad y en bienestar**. Tampoco son entornos, en general, en donde se apoye suficientemente el conocimiento y acceso a los derechos como ciudadanos y ciudadanas.

### 3.3. Las personas que trabajan en los cuidados

#### IDEAS FUERZA

- La Estrategia Europea de Cuidados 2022 aboga por **garantizar servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles para mejorar la situación tanto de quienes reciben cuidados como de quienes los proveen**, mejorando la cualificación, las condiciones de trabajo y la conciliación de la vida laboral y familiar de las personas cuidadoras.
- En España hay **687.601 personas afiliadas a la Seguridad Social en los servicios sociales**, en el segundo trimestre de 2023, de las cuales el 82% son mujeres, frente a un 18% de hombres. Hay tasas excesivamente altas de empleo temporal y a tiempo parcial, y las condiciones de trabajo no son óptimas.
- **Sólo en el sector de los servicios sociales, se estima que trabajan más de medio millón de personas, de las cuales, más del 80% son mujeres. La brecha de género** en la distribución del trabajo en los cuidados es uno de los principales problemas en el mercado laboral. A pesar de ello el trabajo informal de cuidados sigue predominando en los cuidados en España. Es un sector con **gran potencial de generación de empleo** debido a la previsión del aumento de la población con necesidades.
- El **Tercer Sector complementa los servicios públicos y privados** existentes en la provisión de cuidados, en España existen casi 28.000 entidades sociales, en las cuáles se estima que trabajan **más de 500.000**



**personas, de las cuales, poco más del 77% son mujeres.** En las entidades del Tercer Sector también colaboran más de un millón de **personas voluntarias.**

- Las familias recurren, **cada vez en mayor medida, a la contratación de empleo del hogar** para satisfacer necesidades cotidianas como limpieza y comida, pero también para proveer cuidados a familiares (menores, personas con dependencia y discapacidad). En **2020 había más de 600.000 empleadas del hogar, de las cuales más del 80% son mujeres** y una tercera parte no estaban dadas de alta en la Seguridad Social.
- Del total de personas afiliadas al Sistema Especial para **Empleados del Hogar y Seguridad Social, más del 43% son de origen extranjero, y de esta cifra, el 94% son mujeres.** La provisión de cuidados de manera informal, a través de la contratación de empleo del hogar supone **peores prestaciones para las trabajadoras** y menos garantías en caso de desempleo.

**Las personas cuidadoras son esenciales para satisfacer las necesidades asistenciales de la sociedad, no obstante, su trabajo suele estar infravalorado.** La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la importancia del trabajo en los cuidados para las personas en situación de vulnerabilidad, las condiciones precarias en las que muchas veces trabajan y la necesidad de prestar atención a las personas que proveen estos servicios, ya sea de manera profesional o informal.

Para la elaboración de este capítulo se han tenido en cuenta las recomendaciones europeas sobre la calidad del empleo en el sector, buscando datos aproximados sobre cuántas personas trabajan en los cuidados profesionales según datos del INE y de la Tesorería General de la Seguridad Social, además de otros informes; también hemos analizado datos del empleo en el Tercer Sector, de acuerdo con los estudios de la Plataforma de ONG de Acción Social. Presentamos además un panorama de la provisión informal de servicios de cuidado, incluidas las familias y las personas afiliadas al Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.

### **3.3.1. Las recomendaciones a nivel europeo**

#### **El marco europeo**

El **Pilar Europeo de Derechos Sociales** de 2017 (véase 1.3 Políticas y experiencias de desinstitucionalización), establece 20 principios; algunos de ellos afectan a las personas que brindan cuidados y sus derechos:

- **Principio 2:** La igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres debe garantizarse y fomentarse en todos los ámbitos, incluidos la participación en el mercado laboral, las condiciones de empleo y la promoción profesional.





- **Principio 9:** Las madres y padres, además de las personas con responsabilidades asistenciales y de cuidado tienen derecho a permisos adecuados, acuerdos laborales flexibles y al acceso a servicios de asistencia. Las mujeres y los hombres tendrán igual acceso a permisos especiales para cumplir con sus responsabilidades de cuidado y se les animará a utilizarlos de forma equilibrada.
- **Principio 10:** Las personas trabajadoras tienen derecho a un alto nivel de protección de su salud y seguridad en el trabajo; a un entorno laboral adaptado a sus necesidades profesionales y que les permita prolongar su participación en el mercado laboral.
- **Principio 18:** Todo el mundo tiene derecho a unos servicios de cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular a domicilio y en la comunidad. (Comisión Europea, 2017).

El plan de acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales adoptado por la Comisión en 2021 anuncia el marco de reformas políticas para orientar el desarrollo de Cuidados de Larga Duración sostenibles y que garanticen un mejor acceso a los servicios, que éstos tengan mejor calidad y además se invierta en el personal sanitario y asistencial, mejorando sus condiciones de trabajo y el acceso a la formación actualiza.

La reciente **Estrategia Europea de Cuidados para cuidadores y receptores de cuidados**<sup>64</sup> (2022) persigue garantizar unos servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles para mejorar la situación tanto de quienes reciben los cuidados como de las personas que les atienden y les proveen de cuidados y asistencia. La Comisión Europea recomienda a los Estados miembros que desarrollen planes de acción nacionales que contribuyan a aumentar el acceso a servicios asistenciales asequibles y de alta calidad y garantizar que los Cuidados de Larga Duración (CLD) sean oportunos e integrales permitiendo un nivel de vida digno a las personas con necesidades. La Estrategia pone especial énfasis en que, para lograrlo, es necesario, **mejorar las condiciones de trabajo y la conciliación de la vida laboral y familiar de las personas cuidadoras**. Para ello, la Comisión Europea propone:

- Aumentar la oferta y la combinación de servicios profesionales de CLD (atención domiciliaria, atención comunitaria y atención residencial),
- Acortar las diferencias territoriales en la provisión de cuidados,
- Implantar soluciones digitales accesibles en la prestación de servicios de cuidados,
- Garantizar que los servicios e instalaciones de CLD sean accesibles para todas las personas,
- Establecer criterios y normas de alta calidad para proveedores de CLD,
- Apoyar a personas cuidadoras informales (que suelen ser familiares y mujeres) mediante la formación, asesoramiento y apoyo psicológico y financiero.

---

<sup>64</sup> A European Care Strategy for caregivers and care receivers.  
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-1>

Para llevar a cabo estas medidas, es necesario **mejorar las condiciones de trabajo y atraer a más personas, en particular hombres, al sector de los cuidados**, la Comisión Europea recomienda a los Estados:

- Promover la negociación colectiva y el diálogo social para mejorar los salarios y las condiciones de trabajo de las personas profesionales que trabajan en los CLD.
- Asegurar los estándares de bienestar y seguridad social para las personas que trabajan en cuidados.
- Diseñar educación y formación continua para la actualización permanente de las personas trabajadoras en los cuidados.
- Abordar los estereotipos de género en torno a los cuidados mediante campañas de comunicación.
- Ratificar e implementar el **Convenio sobre trabajadores domésticos de 2011**<sup>65</sup> de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Además, en 2022 el Consejo de la Unión Europea adoptó una nueva **Recomendación en el acceso asequible y de alta calidad de los cuidados de larga duración**<sup>66</sup> que, sienta las bases del ambicioso plan europeo para mejorar los sistemas de cuidados para que éstos sean oportunos, integrales y asequibles, en la que no solo pone el foco en la mejora tanto en el acceso y aumento de la calidad de los servicios como en el **apoyo a las personas que proveen estos cuidados**. (Consejo Europeo, 2022)

La Comisión Europea remarca que para la lograr servicios de calidad, un reto clave es el **desafío de la fuerza laboral en la provisión de cuidados**, que incluye escasez de personal, dificultad para encontrar personas que quieran dedicarse al sector, vacantes sin cubrir especialmente de personas altamente cualificadas, complicación para atraer y retener a personal debido a las pobres condiciones laborales, bajos salarios y trabajo no remunerado y formas de trabajo no estandarizadas. (Comisión Europea, 2022)

Para apoyar a las personas que proveen cuidados, las instituciones europeas recomiendan **mejorar la calidad del empleo y proponen** una serie de medidas:

- Promover el diálogo social y la negociación colectiva de las condiciones laborales en el sector de CLD, aumentando los salarios y promoviendo la no discriminación del sector.
- Garantizar la aplicación efectiva de estándares de calidad sanitaria y de seguridad, incluyendo protección ante el acoso, los abusos y todo tipo de violencia para todas las personas trabajadoras en el sector.
- Diseñar y mejorar la educación y la formación iniciales y continuas para dotar a las actuales y futuras personas trabajadoras de CLD con las aptitudes y competencias necesarias, incluidas las digitales.
- Desarrollar itinerarios profesionales en el sector de los cuidados, mediante mejora de cualificaciones, recualificación, validación de competencias y

<sup>65</sup> Domestic Workers Convention, 2011 (No. 189):  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C189](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189)

<sup>66</sup> Council recommendation on access to affordable high-quality long-term care:  
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13948-2022-INIT/en/pdf>



oportunidades de desarrollo personal; ofreciendo un estatus profesional atractivo y perspectivas de carrera. Además, asegurar la protección social adecuada a los cuidadores de larga duración, incluidas a las personas poco o nada cualificadas pero que trabajan en cuidados.

- Implementar medidas específicas para combatir los estereotipos de género y la segregación por sexos en los cuidados. Fomentar que la profesión de CLD resulte atractiva tanto para hombres como para mujeres.
- Abordar el reto de las personas trabajadoras en cuidados más vulnerables como: el trabajo doméstico, las personas que trabajan como internas y personas migrantes que prestan servicios de cuidados. Esto incluye establecer los mecanismos de regulación del trabajo y explorar vías de migración legal para las personas que trabajan en cuidados.

Respecto a las **personas que brindan cuidados de manera informal**, la Recomendación propone las siguientes acciones:

- Facilitar la cooperación con personas trabajadoras profesionales.
- Fomentar el acceso a entrenamiento y formación incluyendo medidas de salud, de seguridad, psicológicas y ayudar a equilibrar el trabajo y las responsabilidades de cuidados.
- Promover su acceso a seguridad social y/o apoyo financiero adecuado velando por que dichas medidas de apoyo no disuadan al mercado laboral.

### La respuesta en España

El Informe sobre Cuidados de Larga Duración (Comisión Europea, 2021) en su análisis sobre España, resalta que el empleo formal en el sector de los cuidados se caracteriza por tasas excesivamente altas de empleo temporal y a tiempo parcial, mientras que el trabajo informal de cuidados sigue dominando. De acuerdo con el informe, España pertenece al grupo de Estados miembro de la UE-27 con sistemas de dependencia caracterizados por una cobertura media, en los que los cuidados informales siguen desempeñando un papel importante. El trabajo informal de cuidados sigue dominando.

**El modelo de cuidados en España sigue siendo, sobre todo, familiar, femenino, informal e intensivo en tiempo.** El empleo en los Cuidados de Larga Duración es precario, con altas tasas de empleo a corto plazo y a tiempo parcial, además de bajos niveles de remuneración y muchas veces a tiempo parcial. La mayoría de las personas cuidadoras informales mayores de 65 años son mujeres, y las personas trabajadoras extranjeras representan el 12,7% de quienes cuidan informalmente a personas dependientes en el hogar. (Comisión Europea, 2021)

Como consecuencia, el Gobierno de España, en el marco del **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de 2021** (PRTR) incorpora una política palanca VIII. *Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo* que incluye dos componentes:

- **Componente 22:** Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión.
- **Componente 23:** Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo.



El Componente 22, tiene el objetivo de **modernizar las políticas de cuidados y, en general, de los servicios sociales**, reforzando las políticas de atención a la dependencia e impulsando un cambio en el modelo de cuidados de larga duración hacia una atención más centrada en la persona, fomentando la desinstitucionalización.

En este sentido, destaca la Reforma C22.R1 “*Reforzar la atención a la dependencia y promover el cambio de modelo de apoyos y cuidados de larga duración. El objetivo es mejorar el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), introduciendo reformas que simplifiquen los procedimientos y reduzcan las listas de espera, refuercen la calidad de los servicios profesionales y las condiciones laborales y aumenten la cobertura de las prestaciones. Se impulsarán cambios en el modelo de apoyos y cuidados de larga duración, promoviendo una Estrategia Nacional de Desinstitucionalización y la implantación de un modelo de Atención Centrada en la persona.*” (PRTR, 2021).

### 3.3.2. Profesionales del sector de los cuidados

#### Cuantificación y perfil

**Se estima que más de medio millón de personas trabajan en los cuidados sociales, de las cuales más del 80% son mujeres. (IMSERSO, 2023)**

Al no haber una fuente de información única que nos permita estimar el número de personas que trabajan en el sector de los cuidados, hacemos a continuación una aproximación desde distintas fuentes.

Según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del último trimestre de 2022, **en España hay alrededor de 1,9 millones de personas empleadas en el sector de Actividades sanitarias y Servicios sociales tanto en establecimientos residenciales como atención social sin alojamiento**. De ese total, 1.562,6 **(78,45%) son mujeres** y 428,5 son hombres (21,52%). Esta cifra global incluye a personas que trabajan en el sector sanitario y a personas trabajadoras cuidadoras de personas mayores, personas con discapacidad, asistentes personales, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, personal en albergues y en centros de menores, entre otras.

**Tabla 35. Afiliados/as a la seguridad social Sección Q: Servicios Sociales**

Afiliación Seguridad Social	Total	Mujer	Hombre
Asistencia en establecimientos residenciales	281.832	239.780 (85,1%)	42.052 (14,9%)
Servicios sin alojamiento	213.655	165.327 (77,4%)	48.328 (22,6%)
Otros servicios sociales	120.297	95.197 (79,1%)	25.100 (20,9%)
Convenio especial de cuidadore (as)	71.817	63.511 (88,4%)	8.306 (11,6%)
<b>Total</b>	<b>687.601</b>	<b>563.815 (82%)</b>	<b>123.786 (18%)</b>

Fuente: Informe de empleo en el sector servicios sociales (IMSERSO, Segundo trimestre 2023).

Como se puede observar en la **Tabla 35**, según el *Informe de Empleo en el Sector de Servicios Sociales* que elabora trimestralmente el IMSERSO **687.601 personas están**



**afiliadas a la Seguridad Social en los servicios sociales**, en el segundo trimestre de 2023, de las cuales el 82% son mujeres, frente a un 18% de hombres.

Por otra parte, según el informe de evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2022), el número de **personas trabajadoras en la atención a la dependencia** ha ido aumentando paulatinamente en las últimas décadas, **en 2021 fue de 452.026 personas**. En dicho informe, se identifica como perfil de persona cuidadora más representativo en España a una mujer, con contrato indefinido a tiempo completo, que cotiza en la Seguridad Social, de entre 25 y 55 años de edad, con un nivel de formación de al menos secundaria, que lleva trabajando entre 6 y 10 años con el contrato y empleo actual. (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022)

**Tabla 36** Empleo en la atención a la dependencia según tipo de servicios

Atención a la dependencia	Establecimientos residenciales con cuidados sanitarios	Establecimientos residenciales discapacidad intelectual y problemas de salud mental	Establecimientos residenciales personas mayores con discapacidad física	Servicios sociales sin alojamiento personas mayores con discapacidad física
<b>452 mil</b>	<b>9 mil</b>	<b>41 mil</b>	<b>262 mil</b>	<b>140 mil</b>
77,50%	80,70%	74,50%	82,80%	72,20%
mujeres	mujeres	mujeres	mujeres	mujeres
23,50%	19,30%	35,50%	17,20%	27,80%
hombres	hombres	hombres	hombres	hombres

Fuente: Informe evaluación Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2022)

No ha sido posible recoger información diferenciada sobre profesionales que trabajan en los ámbitos de la discapacidad (más allá del sistema de dependencia) la protección a la infancia y el sinhogarismo.

### Los recursos humanos del sector de los cuidados son muy heterogéneos, si bien predominan personas cuidadoras y personas de ayuda

Los equipos de profesionales que trabajan en los centros residenciales que pueden ser residencias para personas mayores, centros de día, centros de noche, viviendas tuteladas, centros de acogida y/o albergues, suele ser multidisciplinarios y estar formados por diferentes perfiles que, de manera coordinada, puedan garantizar una atención integral y de calidad a las personas residentes.

Existen algunos perfiles que son específicos por el tipo de recurso residencial dependiendo del grupo de población al que se dirigen, no obstante, existen algunos perfiles profesionales que son comunes a los cuatro tipos de centros residenciales. El VII Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal establece la siguiente clasificación profesional por áreas de actividad:

- **Gestión, administración y servicios generales:** perfiles de dirección, administración, coordinación y supervisión.





- **Servicios socio asistenciales:** perfiles profesionales de atención y especialistas como médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, fisioterapeutas, trabajadores/as sociales, gerocultores/as, y auxiliares, entre otros.
- **Servicios residenciales:** personal de cocina, limpieza y seguridad.

La provisión de estos servicios puede ser tanto de titularidad privada, como de titularidad pública, como ha quedado señalado en el apartado **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** de los **5.485 centros residenciales, el 73,8% es de titularidad privada y el 26,1% son públicos.** No obstante, no existen datos sobre el número de personas que trabajan en centros públicos, privados o concertados.

Respecto a quienes trabajan en **Actividades de servicios sociales sin alojamiento**<sup>67</sup> el INE (2022) calcula que son **292.900 mil personas** de las cuales 38.700 (13,21%) son hombres y 254.100 (86,75%) son mujeres.

Algunas funciones frecuentes en el sector de los cuidados son: valoración de necesidades y situación de vulnerabilidad de las personas; diseño e implementación de planes y programas de atención y apoyo social; coordinación con otros equipos y recursos del sistema de atención social y sanitario; intervención y apoyo psicosocial y emocional; gestión y tramitación de recursos y prestaciones sociales; sensibilización y educación sobre temas sociales y de diversidad; participación en actividades comunitarias; prevención y atención de situaciones de violencia y maltrato en el ámbito familiar; trabajo con grupos específicos, como personas mayores, personas con discapacidad, menores en situación de protección, personas en situación de sinhogarismo, entre otras tareas.

Los **servicios sociales de apoyo comunitario o asistencia personal** incluyen una serie de recursos y servicios que se proporcionan en la comunidad para ayudar a las personas mayores, con discapacidad y otros grupos de población con el objetivo de mantener su independencia y calidad de vida en sus propios hogares/entornos para mejorar su calidad de vida y autonomía.

La figura de **asistencia personal** resulta clave puesto que se trata de profesionales que brindan apoyo a las personas con dependencia para asegurar que las personas puedan vivir una vida independiente y mejorar su calidad de vida. Su objetivo es proporcionar apoyo personalizado y adaptado a cada situación individual. Desarrollan actividades como: atención personal y ayuda con la higiene y vestimenta; atención médica, de enfermería y terapéutica; servicios domésticos y de apoyo a tareas del hogar; apoyo emocional, social y psicológico; servicios de orientación e información, entre otras funciones.

El principal modelo de gestión de la asistencia personal es el Modelo de Planificación Centrada en la Persona cuyo enfoque es el empoderamiento de las personas con dependencia, reconocimiento de su dignidad y el apoyo de estrategias para la construcción de un proyecto de vida propio, sustentado en valores como:

- Fomento de la presencia e integración en la comunidad.

<sup>67</sup> Los **Servicios sociales sin alojamiento** son aquellas actividades de servicio y atención social a personas con necesidades de apoyo y sus familias, ya sea en sus hogares o fuera de ellos.





- Incentiva una red de relaciones significativas.
- Respeto a la toma de decisiones, elecciones individuales y el protagonismo de su propia vida.
- Respeto a cada persona con base a sus diferentes capacidades y sus posibles contribuciones a la comunidad.
- Desarrollo de las competencias y habilidades necesarias para conseguir sueños y proyectos y poder disfrutar de una vida plena. (Predif & Universidad de Jaén, 2020)



*“En nuestro colectivo (Discapacidad) la figura del asistente personal es básica para poder desarrollar este modo de vida, pero económicamente supone un gasto que pocas personas que necesiten apoyo las 24 horas del día pueden asumir, a lo que se suma que en algunos territorios es una figura todavía poco presente o incluso inexistente”.* **(Comunidad Virtual a Personal de la Atención Directa).**

## Condiciones laborales de las personas que trabajan en los cuidados

### Un sector intenso en mano de obra y con gran potencial de empleo

El sector de los cuidados tiene gran potencial de generación de empleo debido a la previsión del aumento de la población con necesidades. La Comisión Europea prevé que este sector económico en la Unión Europea alcance el 3,4% de su Producto Interno Bruto (PIB) para 2060. (Comisión Europea, 2021).

En España, de acuerdo con el XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, en 2022 se incrementó el número de personas atendidas y por lo tanto **se generaron 32.522 nuevos empleos en el sector de los cuidados.**

El Informe del empleo en el sector de los servicios sociales (IMSERSO, 2022) realiza un análisis respecto a las personas afiliadas a la Seguridad Social que arroja los siguientes datos respecto al tipo de contribución del personal afiliado a la seguridad social. Las siguientes tablas presentan los datos respecto al número de afiliaciones según tipo de servicio y la siguiente respecto a la distribución de las afiliaciones por comunidad autónoma.



**Tabla 37** Número de afiliaciones a la Seguridad Social de los Servicios Sociales (4º Trimestre 2022)

Afiliados fin de mes a la Seguridad Social	Régimen General + RETA	Régimen General	Régimen Especial Trabajadores Autónomos (RETA)
Asistencia en establecimientos residenciales	273.679 (40,4%)	271.607	2.072
Servicios sin alojamiento	212.383 (31,4%)	210.463	1.920
Otros servicios sociales	121.388 (17,9%)	118.277	3.111
Convenio especial de cuidadores	69.605 (10,3%)	69.605	0
Servicios Sociales	677.055	669.952	7.103

Fuente: Informe del empleo en los Servicios Sociales, IMSERSO (2022)

**Tabla 38** Distribución de afiliaciones a la Seguridad Social de los Servicios Sociales por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Afiliación Servicios Sociales
Andalucía	112.540
Aragón	21.517
Asturias, Principado de	15.989
Baleares, Illes	11.020
Canarias	22.444
Cantabria	9.010
Castilla y León	52.139
Castilla-La Mancha	27.728
Cataluña	112.578
Comunitat Valenciana	57.907
Extremadura	19.596
Galicia	35.813
Madrid, Comunidad de	96.664
Murcia, Región de	16.713
Navarra, Comunidad Floral de	12.043
País Vasco	45.661
La Rioja	5.058
Ceuta	1.028
Melilla	1.607
<b>Total</b>	<b>677.055</b>

Fuente: Informe del empleo en los Servicios Sociales, IMSERSO (2022)



## Calidad en el empleo inferior a otros sectores de actividad

### Empleo de escasa calidad en general y en ocasiones precario

La calidad del empleo en el sector social se relaciona directamente con la calidad de los servicios que se brindan a las personas. Por ello, es necesario implementar políticas y medidas que promuevan la estabilidad laboral, la formación y la capacitación, y la valoración del trabajo de los profesionales del sector social. **En España, el sector social está compuesto en gran medida por trabajadores y trabajadoras con contratos temporales y parciales, lo que puede tener un impacto negativo en la estabilidad laboral y en la calidad del trabajo.** La vocación y compromiso profesional no se compensa con el reconocimiento y valoración de su trabajo, salarios adecuados y formación y capacitación continuada.

El panorama sobre las condiciones laborales de las personas que trabajan en los cuidados se caracteriza frecuentemente por:

- **Sobrecarga laboral:** las personas trabajadoras del sector de los cuidados a menudo tienen que hacer frente a una elevada carga de trabajo debido a la escasez de recursos y a la alta demanda de servicios. Y/o a cumplir demasiadas horas extra, muchas veces no remuneradas adecuadamente.
- **Bajos salarios:** los salarios en el sector de los cuidados son generalmente bajos en comparación con otros sectores, lo que puede hacer que las personas busquen empleo en otras áreas para mejorar su situación económica.
- **Falta de reconocimiento:** a menudo, las personas trabajadoras de los cuidados no reciben el reconocimiento que merecen por su trabajo y dedicación, lo que puede llevar a una falta de motivación y compromiso con la organización.
- **Estrés emocional:** el trabajo en el sector de los cuidados puede ser emocionalmente exigente debido a la necesidad de establecer relaciones cercanas con los pacientes y sus familias, lo que puede llevar a la fatiga emocional y el agotamiento.

Según los datos de la EPA (INE, 2022), un 85,6% cuentan con contrato a jornada a tiempo completo, mientras que un 14,4% cuentan con jornada a tiempo parcial, no obstante, estas cifras corresponden tanto a personas que trabajan en actividades sanitarias como de servicios sociales.

**Tabla 39** Ocupados en Actividades sanitarias y de servicios sociales por tipo de jornada, sexo y rama de actividad. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada rama

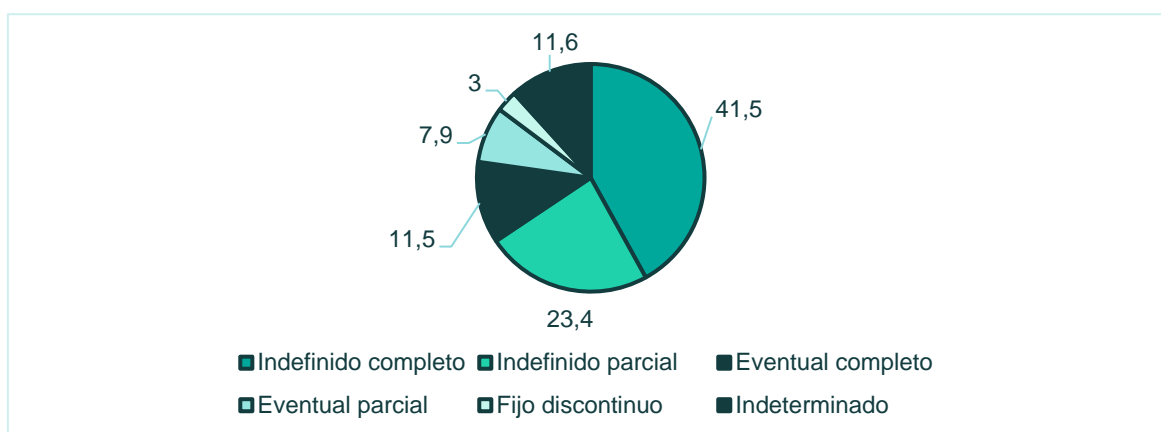
	Total		Jornada a tiempo completo		Jornada a tiempo parcial	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
	2022T4	2022T4	2022T4	2022T4	2022T4	2022T4
<b>Total</b>	1.899,3	100%	1.626,6	85,6%	272,7	14,4%
<b>Hombres</b>	410,4	100%	373,1	90,9%	37,3	9,1%
<b>Mujeres</b>	1.488,9	100%	1.253,5	84,2%	235,4	15,8%

Fuente: Encuesta de Población Activa. INE (2022)



Los datos respecto a la afiliación a la Seguridad Social de los Servicios Sociales arrojan que los contratos indefinidos a tiempo completo representan un 41,5% del total de los afiliados de los Servicios Sociales, aquellos con contrato indefinido a tiempo parcial un 23,4%, mientras que aquellos contratos eventuales a tiempo completo representan un 11,5% del total y los afiliados con contrato eventual a tiempo parcial representan el 7,9% del total. Los afiliados con contrato de fijo discontinuo aumentaron en 142,4% respecto al último trimestre de 2021 y representan un 3% del total. Los contratos indeterminados, representan un 11,6%.

**Gráfico 26.** Afiliaciones a la Seguridad Social de los Servicios Sociales por tipo de contrato



Fuente: Informe del empleo en los Servicios Sociales, IMSERSO (2022)



*“Es necesario la estabilización de este tipo de puestos, especialmente los de los educadores y educadoras que les cuidan en su día a día, (aunque también del personal técnico de la administración y las entidades) **mejorando sus condiciones de tal modo que no experimenten 'síndrome del trabajador quemado' o burnout, que se sientan a gusto en sus trabajos y no sea necesario cambiar con frecuencia buscando mejoras laborales.** (Comunidad Virtual a Personal de la Atención Directa).*

Con relación a la remuneración de estos puestos de trabajo, el Informe de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022) arroja que, en 2020, el promedio una persona trabajadora en Atención a la dependencia cobró aproximadamente 18.876€ anuales, en promedio las mujeres cobraron 17.305€, mientras que los hombres cobraron de media 24.166€ anuales. Este salario medio es muy inferior al salario medio bruto en España en 2.022 que fue de 24.394 euros (un 77%).

En lo que se refiere al personal que trabaja en los centros para personas sin hogar, **el 44% prestan sus servicios de forma voluntaria y el 52%, mediante un contrato laboral.** El personal que presta sus servicios de forma remunerada (sin contar al personal subcontratado, del que se desconoce su situación contractual) asciende a 8.505 personas, de las que en torno a dos tercios (67,2%) tienen un contrato indefinido. Del conjunto del personal que trabaja en los centros para personas sin hogar (17.521

personas), el 65,3% son mujeres; las mujeres representan el 62,3% del personal voluntario y un 67,9% del personal laboral; entre el personal asalariado, la proporción de mujeres con contrato indefinido (71,9%) es algo inferior a la de los hombres (74,1%).

**Tabla 40.** Distribución y número del personal que trabaja en los centros para personas sin hogar, según sexo y situación laboral (2020)

	Hombres	Mujeres	Total	Número
Personal asalariado con contrato indefinido	32,3	36,8	35,2	6.173
Personal asalariado con contrato temporal	11,3	14,4	13,3	2.332
Personal subcontratado	4,8	3,4	3,9	677
Personal voluntario	48,3	42,4	44,5	7.792
Otro personal*	3,3	3,0	3,1	547
Total	100,0	100,0	100,0	17.521
Número	6.087	11.434	17.521	-

\* Incluye al personal religioso de determinados centros y a estudiantes en prácticas que colaboran, aunque perciban una pequeña gratificación o compensación económica.

Fuente: Elaboración propia a partir de ECSPSH 2020.

### Un contexto de trabajo exigente, frecuentemente con pocos apoyos e insuficiente dotación de recursos humanos

En ese sentido, el Estudio de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022) destaca la falta generalizada de personal y horas de atención domiciliaria que resultan insuficientes para atender las necesidades que se requieren. Subraya que subsanar este déficit se puede traducir en una generación de empleo en el sector de la dependencia. Y, que mientras la provisión de estos cuidados no provenga del Estado, la responsabilidad sigue recayendo sobre las familias.



*“Un centro de 50 plazas despersonaliza un montón y, al final, trabajas con personas y necesitas una atención más cercana y personalizada, ver un poco más el proceso de cada uno, no todos pueden tener el mismo recorrido ni proceso detrás, entonces, tratas a todos los chicos de la misma forma porque no llegas” (Historias de vida infancia)*

Con relación al personal que trabaja en los centros de acogida, en 2019 la Comisión delegada de Servicios Sociales estableció los **Criterios de cobertura, calidad y accesibilidad en el acogimiento residencial (D.A. 3º Ley 26/2015)** en los cuales se marcan unos estándares mínimos de calidad para dichos centros. El Estándar 2, establece que *“Los diferentes trabajadores que desempeñan su labor en los recursos residenciales deberán ser suficientes en número, integrándose mediante un adecuado proceso de selección, en función de su cualificación y experiencia, y recibiendo de manera periódica una formación y supervisión que permita la actualización de los conocimientos y su adaptación a las necesidades de la práctica diaria.”*



Y, para ello existen una serie de indicadores:



El panel de comunidades virtuales de Atención a menores en el sistema de protección destaca que, sus funciones se han ido incrementando y adecuando a las necesidades progresivamente, por ejemplo: *“En nuestro caso, como educadoras, les acompañamos a la hora de planificar y desarrollar un hábito de vida generalizado que intente abarcar todas las áreas posibles: ingresos, trabajo, vivienda, formación, labores domésticas (compra, limpieza, higiene, convivencia), gestión administrativa, concienciación, y en definitiva intentar generar unas pautas de desarrollo vital, respetando siempre la voluntad del joven y adecuándose a sus necesidades, su situación personal y sus demandas, para intentar prepararles para cuando ya no estén bajo la tutela del Estado”*

Por otra parte, señalan que cada vez tienen que trabajar más en competencias de inserción sociolaboral y atención personalizada por grupos, para lo cual demandan especialización, vínculos con redes de colaboración y mayores recursos.

En este sentido, el último Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 2022, estableció una serie de criterios comunes y estándares sobre personal dirigido a garantizar la adecuada prestación de los servicios tanto en número de profesionales, como en su cualificación, formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo. (BOE, 2023).

### **Insuficiente reconocimiento de las funciones, lo que incide en su satisfacción profesional y en la calidad del trabajo que desempeñan**

La Plataforma Unitaria Auxiliares S.A.D. manifiesta que *“es necesario dejar de ser invisibles, la ayuda a domicilio es un nicho de precariedad y pobreza”*. Reclaman que se lleve a cabo un estudio sobre los riesgos laborales de este sector, que se reconozcan las enfermedades profesionales y que haya un reconocimiento general del sector con una correspondiente actualización de los sueldos.

En este contexto, se pone en relieve la necesidad de monitorear el nivel de satisfacción laboral del personal que trabaja en la provisión de cuidados para asegurar servicios de calidad bajo condiciones laborales adecuadas a las necesidades de las personas trabajadoras. Una investigación constató que, a mayor carga mental de trabajo, menor satisfacción laboral; y, que, en términos generales, presentan mayor satisfacción laboral quienes trabajan en el ámbito privado que en el público, lo cual se puede deber a un exceso de burocratización (Vallellano Pérez, 2019).

### **Formación adecuada de base, pero poca formación especializada adaptada al puesto de trabajo y para los cuidados en la comunidad**





Las consultas realizadas para llevar a cabo este diagnóstico constatan que **las y los profesionales requieren de apoyos especializados y mayor formación técnica** para reducir su carga mental de trabajo y poder llevar a cabo sus funciones de manera adecuada, eficiente y satisfactoria.



*“Tener los profesionales, ratios y apoyos especializados y necesarios para que esto sea una realidad. Para ello las titulaciones tendrían que ser diferentes no sólo los socios sanitarios, sino también integradores sociales y otras... Las personas no solo tendrían que estar cuidadas, sino mucho más, habría que acompañarlas a todo lo que fueran a hacer en la comunidad y para eso hay que saber cómo hacerlo, se requiere de más formación” (Comunidad Virtual, Atención Directa).*

En cuanto a la formación continua y específica, el informe de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero, y otros, 2022) resalta que aunque las personas trabajadoras del sector presentan una formación relativa superior a la media española, existe una necesidad de reforzar las formaciones, capacidades y condiciones laborales para garantizar la calidad del empleo del futuro, con especial énfasis en una formación reglada y homologada así como acreditación profesional por parte de los Ministerios de Educación y Formación Profesional y de Trabajo y Economía Social.

### **3.3.3. Profesionales del Tercer Sector de Acción Social**

El Tercer Sector en España, juega un papel fundamental en la provisión de servicios de cuidados a los grupos de personas objetivo de esta Estrategia. A través de sus acciones y proyectos, las organizaciones contribuyen a **complementar los servicios públicos y privados existentes**, abordando necesidades específicas que no están cubiertas o que requieren de una atención más personalizada y cercana. Además, promueven valores como la solidaridad, la inclusión y la participación ciudadana, fomentando así el desarrollo social y comunitario. Más del 50% de la financiación de las entidades es privada, si bien no es posible determinar el porcentaje en el ámbito de los cuidados.

Entre las actividades que realizan las organizaciones del Tercer Sector en el ámbito de los servicios de cuidados se encuentran: la atención domiciliaria, el apoyo emocional, el acompañamiento y la asistencia personal, la gestión de centros residenciales y de día, la promoción de la autonomía personal y la prevención de situaciones de dependencia, etc. En general las organizaciones del tercer sector no actúan de forma aislada, sino que trabajan en colaboración con otros actores como administraciones públicas y la sociedad en general, para avanzar hacia un sistema más inclusivo, justo y solidario en el que se garantice el bienestar de todos y todas.

No existen fuentes estadísticas oficiales de cuántas personas trabajan en las entidades del Tercer Sector en la provisión de servicios de cuidados a las personas mayores, con discapacidad, menores y personas sin hogar. Las cifras que damos a continuación son complementarias al apartado anterior, pero no acumulativas. El *Informe de elaboración del Directorio del Tercer Sector de Acción Social* de la Plataforma de ONG de Acción Social (2021) arroja que, **en España existen casi 28.000 entidades sociales, y se estima que trabajan en ellas 528.000 personas remuneradas (77,8% mujeres y**



**22,2%, hombres**), lo que representa aproximadamente el 30% del empleo del sector social general. (Plataforma de ONG de Acción Social, 2023).

Al igual que en el caso de las personas que trabajan en Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales, el Tercer Sector está feminizado. No obstante, cabe resaltar que en aquellas organizaciones de mayor dimensión existe una proporción más moderada, es decir que, a menor tamaño de la entidad, más aumenta la proporción de mujeres. (Plataforma de ONG de Acción Social, 2023).

**Tabla 41** Distribución porcentual por sexo de las personas que trabajan de manera remunerada en las entidades del Tercer Sector de Acción Social

Campo de actuación entidad	Hombres	Mujeres
Acción Social	22,7%	77,3%
Sociosanitario	17,1%	82,9%
Integración-Inserción	27,9%	72,1%
Otros	25,2%	74,8%
<b>Total</b>	<b>22,3%</b>	<b>77,8%</b>

Fuente: Barómetro del Tercer Sector de Acción Social en España 2022 (2023)

**Tabla 42** Distribución porcentual por grupos de edad de las personas remuneradas y por tipo de entidad del Tercer Sector de Acción Social en la que trabajan

Rango de edad	% Acción Social	% Sociosanitario	% Integración-Inserción	% Otros
Menor de 25 años	7,3%	6,3%	3,8%	2,3%
De 25 a 34 años	30,1%	28,6%	37,7%	25,9%
De 35 a 54 años	51,2%	51,6%	42%	57,2%
De 55 a 64 años	10,6%	12,4%	16,3%	10,7%
65 años y más	0,8%	1,1%	0,3%	3,9%

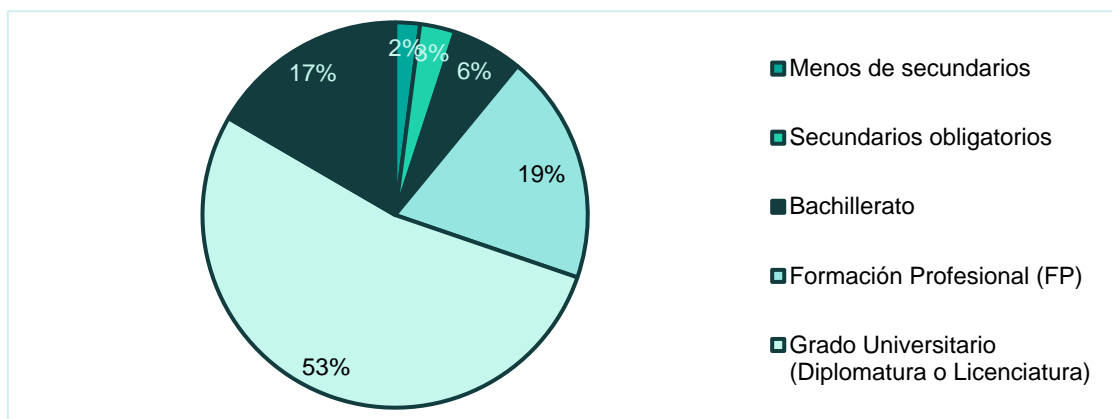
Fuente: Barómetro del Tercer Sector de Acción Social en España 2022 (2023)

Respecto a la estructura por edad, como se puede ver en la **Tabla 42** en el rango entre 35 y 54 años trabajan más del 50% de las personas, seguidas del rango entre 25 y 34 (30,1%), lo que indica que es un sector joven.

Con relación a los niveles de estudios, se constata un alto grado formativo, el 68,7% de las personas cuentan con estudios universitarios de grado y posgrado. Sin embargo, las condiciones laborales en el empleo en el TSAS siguen siendo precarias; más de la mitad de las personas empleadas (51%) trabajan con un contrato de jornada parcial y sólo un 48,9% lo hace a jornada completa, lo que refleja la fragilidad económica con la que operan bastantes entidades sociales.



**Gráfico 27.** Distribución porcentual por nivel de estudios de las personas que trabajan en entidades del TSAS



Fuente: Barómetro del Tercer Sector de Acción Social en España 2022 (2023)

Otro indicador que puede reflejar la precariedad laboral es el tipo de contrato con el que cuentan las personas que trabajan en el sector, el 26,7% tiene un contrato de un tiempo inferior a media jornada, un 24,5% de más de 20 horas semanales y sólo el 48,9%, a jornada completa. (Plataforma de ONG de Acción Social, 2023)

Por otra parte, es importante mencionar la participación de **voluntariado en las entidades del Tercer Sector Social** que en 2021 fue de 1.091.686 personas que colaboraron de manera altruista y desinteresada en las actividades de las entidades sociales, aunque el Informe no detalla cuántas de estas personas participan en labores de cuidados (Plataforma de ONG de Acción Social, 2023).

Las personas trabajadoras en el TSAS demandan mejores condiciones laborales.



*“Se necesita **mayor valoración de las trabajadoras de las entidades y su retribución salarial y emocional**. Si desde las entidades no se refuerza este punto reivindicativo tendrán que ser las propias trabajadoras las que lo soliciten a quien corresponda. Facilitar espacios de crecimiento laboral y escucha de ideas de las trabajadoras. Atreverse al cambio y la innovación”.*  
(Comunidad virtual de Atención Directa).

### 3.3.4. Cuidados que se proveen mediante empleo en el hogar

En las últimas décadas debido a esta transformación social y económica de las familias y ante la insuficiencia de los servicios públicos de atención, las familias han recurrido a la externalización de los cuidados mediante servicios de empleo del hogar. Este fenómeno ha provocado la contratación (formal o informal) de mujeres, preferentemente migrantes que atienden la demanda de apoyos y cuidados.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) (INE2020) en España en 2020 había **más de 600 mil personas en el empleo del hogar, de las cuales 86,4% son mujeres y una tercera parte no están dadas de alta ante Seguridad Social**. De las que sí están,

más del 50% son de origen extranjero y es posible que de las que no, la mayoría sean extranjeras que viven en condiciones de vulnerabilidad. (Gimeno Reinoso, 2020)

Existe en España un Sistema Especial para Empleados de Hogar que comprende a las personas trabajadoras sujetas a la relación laboral especial del servicio del hogar familiar que fue creado en 2012 para regularizar la situación de los trabajadores y trabajadoras del hogar y mejorar su protección social.

Según los datos de la Tesorería General de la Seguridad Social, a mayo de 2023 hay **378.851 personas afiliadas al Sistema Especial para Empleados de Hogar de la Seguridad Social** de las cuales 361.687 (95,46%) son mujeres y 17.130 (4,52%) hombres. De ese total, **164.798 (43,99%) son de origen extranjero**; de esta cifra, el 94,03% son mujeres frente al 5,97% de hombres. Estos datos ponen a la luz que el **67,88% de estas mujeres trabajan en el hogar bajo economía sumergida**, sin contratos laborales, y sin cotizar a la Seguridad Social.

En cuanto a las condiciones laborales, **el 57,3% de las trabajadoras realiza su labor a jornada parcial** mientras que el 42,7% se emplea a jornada completa, según la EPA (INE, 2022). De acuerdo con Oxfam Intermón (2021) unas 40.000 mujeres trabajan como internas a jornada media de 45 horas semanales. Y según el *Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y de los cuidados en España* (Monguí Monsalve, Cáceres Arévalo, & Ezquiaga Bravo, 2022) 1 de cada 10 mujeres que trabajan en el sector, trabajan más de 61 horas semanales y el 7,4% hasta 71 horas semanales al trabajar en el hogar como internas y brindar servicios del hogar que incluyen los cuidados a las personas en situación de dependencia.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2022 **545.700 personas ocupadas están registradas como trabajadoras del hogar y los cuidados, de las cuales 487.500 (89,33%) son mujeres y 58.100 (10,61%) son hombres**. Lo que representa que 9 de cada 10 personas ocupadas en el sector, son mujeres.

**Tabla 50** Principales países de nacionalidad de personas afiliadas al Sistema Especial de Empleados del Hogar 2022

País de nacionalidad	Número de afiliados/as
Rumanía	26.341
Honduras	18.906
Colombia	10.364
Ucrania	9.940
Marruecos	8.817
Perú	6.134
Venezuela	5.682
Ecuador	4.742
Bulgaria	3.975
Polonia	1.701
Portugal	1.472
Argentina	1.353

Fuente: Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y de los cuidados en España (2022)



**El 57,3% de las trabajadoras realiza su labor a jornada parcial** mientras que el 42,7% se emplea a jornada completa, según la EPA (INE, 2022). De acuerdo con Oxfam Intermón (2021) unas 40.000 mujeres trabajan como internas a jornada media de 45 horas semanales. Y de acuerdo con el *Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y de los cuidados en España* (Monguí Monsalve, Cáceres Arévalo, & Ezquiaga Bravo, 2022) 1 de cada 10 mujeres que trabajan en el sector, trabajan más de 61 horas semanales y el 7,4% hasta 71 horas semanales.

Estos datos ponen de manifiesto algunos problemas asociados con el empleo en este sector, ya que cuentan con peores prestaciones, por ejemplo, en el caso de desempleo, menos garantías ante el despido, cobertura ante incapacidad laboral, cumplimiento de horarios y tiempos de libranza o la remuneración de horas extraordinarias. Muchas de estas prestaciones dependen de la voluntad de las familias contratantes, no garantizando siempre los derechos. Todo esto se agrava, especialmente para las personas que trabajan bajo el régimen de internas. (Gimeno Reinoso, 2020)

Las asociaciones del colectivo constatan la feminización del sector, y reclaman mayor regulación para que se reconozcan las tareas profesionales y se evite la desprotección ante comportamientos de acoso sexual entre otros. (Gimeno Reinoso, 2020) Este reconocimiento, mejoraría los derechos sociales y laborales, y visibilizar su aportación al Producto Interno Bruto, progreso social y bienestar individual y colectivo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó en 2011 el **Convenio 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos**<sup>68</sup>, en el que pone de manifiesto que incluso en los países desarrollados han existido históricamente escasas oportunidades de empleo formal para las personas trabajadoras domésticas que constituyen una proporción importante de la fuerza de trabajo nacional y en donde se encuentran las personas trabajadoras más marginadas. En el mismo convenio, la OIT pone de manifiesto la necesidad de reconocer la contribución de las personas trabajadoras domésticas en el cuidado de las personas de edad avanzada, los niños y las personas con discapacidad. (OIT, 2011)

Además de la estabilización de las condiciones laborales de este sector, existe un factor de interseccionalidad. En la década de los noventa podemos situar el inicio de la llamada *feminización de las migraciones*, época en la que se detecta un gran incremento de llegadas a España de mujeres, en su mayoría de origen latinoamericano, que por el acceso rápido al empleo se han dedicado a la provisión de estos servicios, primero de manera informal y luego, al conseguir la regularización migratoria, con suerte, pasando al empleo formal. (Monguí Monsalve, Cáceres Arévalo, & Ezquiaga Bravo, 2022)

Las mujeres migrantes trabajadoras del hogar y los cuidados, por lo tanto, desempeñan una labor fundamental que suple tanto la escasez de los servicios sociales públicos como al sistema de cuidados familiares, garantizando el bienestar social y desempeñando funciones de cuidados, atención y administración en los hogares, pero

---

<sup>68</sup> Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011, se encuentra aquí: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C189](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189)



sin contar con las condiciones laborales adecuadas ni la protección del Estado. Sufren así, múltiples desigualdades.

### 3.3.5. Impacto de género en los cuidados

Como ha quedado de manifiesto en los anteriores apartados, **el sector de los cuidados está feminizado, tanto en los cuidados formales y remunerados, como en el sector informal de cuidados, como en los cuidados familiares como en el régimen de personas cuidadoras no profesionales.** Esto se debe a que tradicionalmente el trabajo de cuidados ha sido asignado como tareas femeninas o de mujeres.

**Esta brecha de género en la distribución del trabajo en los cuidados es uno de los principales problemas en el mercado laboral.** Afecta a la vida de miles de mujeres, resultando en salarios más bajos, incluidas las cotizaciones sociales o las pensiones, tienen mayor riesgo de pobreza y exclusión social a lo largo de su vida, ven limitado su desarrollo personal y profesional, y en términos absolutos, trabajan más horas no remuneradas. Los servicios formales de Cuidados de Larga Duración adecuados y asequibles, por lo tanto, y según la Recomendación del Consejo Europeo (Consejo Europeo, 2022) no se entienden sin medidas específicas de género y políticas para mejorar las condiciones laborales no sólo en el sector de los servicios sociales, sino de forma colectiva para lograr medidas de conciliación laboral.

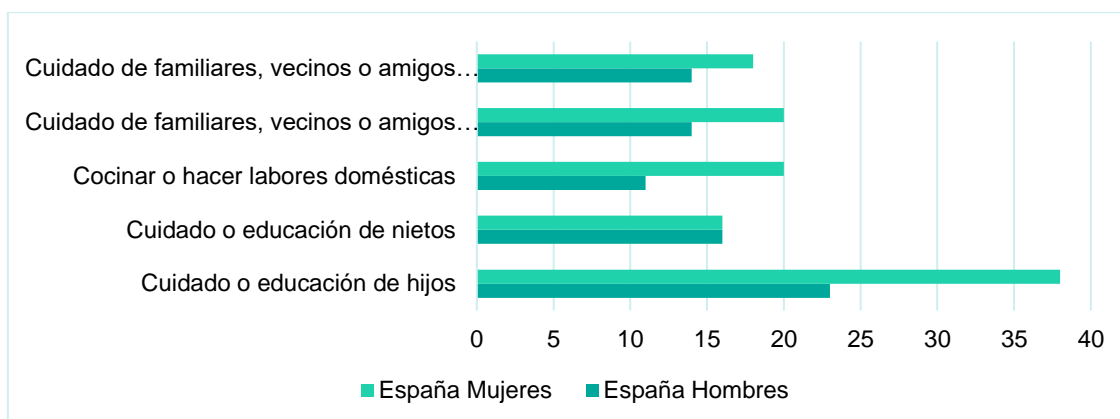
A nivel europeo, cerca de 44 millones de personas (el 12% de la población adulta) provee de manera regular cuidados informales. De esta cifra, el 59% son mujeres, según el estudio *The gender dimensión of informal care* (Eurocarers, 2021). En España las mujeres superan a nivel estadístico (61,64%) a los hombres (38,35%) en todos los rangos de edad en los cuidados de personas dependientes (INE, 2020); además proveen de manera sistemática cuidados diarios como el aseo personal, ducha, vestido, calzado, cambio de pañales, cambio de posturas, administración de medicamentos, preparación de alimentos y limpieza en general; mientras que los hombres se encargan de tareas menos exigentes como el mantenimiento del hogar, la compra o el transporte.

La Encuesta de Calidad de Vida elaborada a nivel europeo por Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) se hace eco de esta asimetría con relación al trabajo y a las actividades de trabajo no remunerado, resaltando la intensidad, frecuencia y el número de horas dedicadas a estas actividades por las mujeres (cuidado o educación de hijos, de nietos, cocinar o realizar labores domésticas, cuidado de familiares, vecinos o amigos con discapacidad).





**Gráfico 28.** Horas semanales dedicadas a actividades de cuidados y tareas del hogar



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2020 (INE)

Esta brecha de cuidados provocada por la distribución inequitativa de reparto de trabajo y de cuidados de personas en situación de dependencia, cuidado de familiares enfermos o con discapacidad, cuidado de menores, sumado a labores domésticas, cuidado o educación de hijos y de nietos, impacta en otros ámbitos de la vida de las mujeres, como el acceso al mercado laboral, el índice de empleo no remunerado, la concentración laboral en ciertos sectores y la mayor necesidad de medidas de conciliación laboral. Además, aumenta el riesgo de dependencia económica, pobreza y exclusión social.

La feminización de los cuidados sigue siendo una realidad social en la que se naturalizan las habilidades como cuidadoras en las mujeres no sólo dentro de la familia, sino que **también sucede esta realidad en el mercado laboral**. Según el Informe de evaluación del SAAD en 2021 existían alrededor de 709.900 mujeres trabajadoras en la prestación de servicios de cuidados, este número representa el 7,8% de las mujeres ocupadas en España. Cabe destacar que en ninguna otra actividad se encuentra esta intensidad de concentración femenina. La presencia de personas trabajadoras migrantes es destacable, el 53% no han nacido en España, y esta cifra se dispara especialmente en el trabajo doméstico con una presencia del 64,9%.

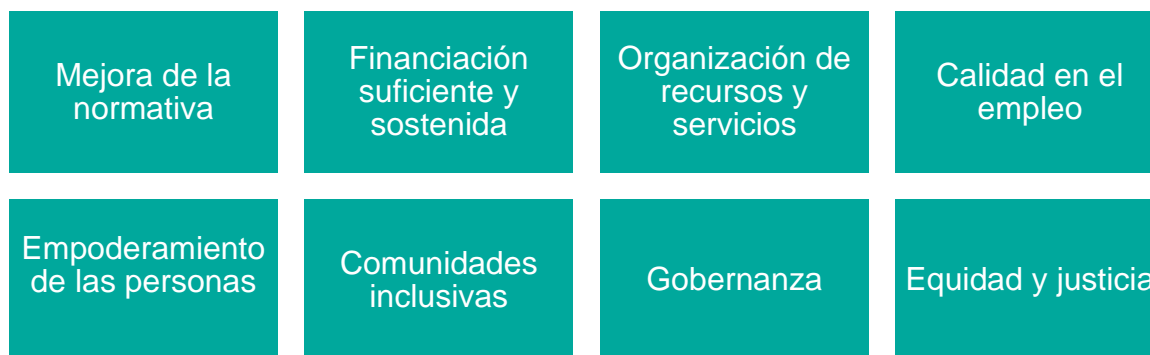
De acuerdo con el informe *Esenciales y sin derechos* (OXFAM, 2020), en España **una de cada tres trabajadoras del hogar y prestadora de cuidados vive por debajo del umbral de la pobreza**. Además, el informe señala que la precariedad laboral y la informalidad limitan el acceso a derechos laborales de las personas cuidadoras. La diferencia entre el número de trabajadoras del hogar y las registradas en la Seguridad Social alcanza más de 160.000 personas. Además, de las que sí están registradas en la Seguridad Social, la inmensa mayoría no cotiza todas las horas que trabaja.

A nivel europeo, el 32% de las mujeres inactivas de entre 20 y 64 años de edad, frente al 5% de hombres inactivos, desarrollan trabajos no remunerados debido a responsabilidades de cuidado familiar (Euro Carers, 2021). Respecto a las principales razones de las mujeres inactivas para no buscar empleo, los datos de la última Encuesta de Población Activa arrojan que, el 18,4% responde al cuidado de menores o de adultos con alguna enfermedad, personas con incapacidad y mayores, frente a un 10,6% de hombres. Además, **del total de personas que permanecen inactivas por cuidar a personas dependientes, el 93,3% son mujeres** (INE, 2021).

## 4. Retos estratégicos para la transición a la buena vida en comunidad

A continuación, se detallan los principales desafíos que afronta el proceso de desinstitucionalización en España. En el marco de esta Estrategia se entiende por desafío un problema no resuelto, definido y acotado para el que se requieren nuevas y/o mejores respuestas.

Dada la multidimensionalidad del proceso, se identifican desafíos en distintos ámbitos: desde el ámbito jurídico y normativo, la financiación y configuración de nuevos modelos de apoyos y servicios, hasta la promoción de comunidades inclusivas con enfoque de derechos y perspectiva de género e interseccionalidad, garantizando la equidad y la justicia social. También hay un reto importante en el ámbito de los recursos humanos en relación con las personas que proveen servicios y cuidados, tanto formal como informalmente.



### Desafío 1: Marco normativo

**¿Cómo transformar los marcos normativos vigentes para el desarrollo de alternativas de vida en la comunidad y de base familiar y la transición de las instituciones a la comunidad?**

1. Adaptar el marco normativo a las disposiciones internacionales, desarrollando normas y regulaciones específicas que promuevan la desinstitucionalización y la buena vida en la comunidad.
2. Incorporar en las normas jurídicas relacionadas con los grupos a los que afecta la desinstitucionalización, tanto en sus principios como en su articulado, disposiciones para la promoción de la autonomía personal, la personalización de los apoyos y cuidados, el enfoque comunitario y la accesibilidad universal.
3. Eliminar las disposiciones que apoyen directa o indirectamente el internamiento en instituciones o bloqueen la transición a la asistencia de base comunitaria en las normas jurídicas y administrativas.
4. Modificar la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y su desarrollo normativo, en lo referente a su adecuación a la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad, los grados y baremos de valoración de la dependencia, flexibilización del régimen de incompatibilidades y regulación de las prestaciones del sistema, avanzando hacia modelos de evaluación basados en el proyecto de



vida de la persona, flexibilizando las prestaciones y servicios e introduciendo nuevas prestaciones y servicios orientados a la vida en la comunidad, y a facilitar los apoyos y cuidados en la vivienda y entorno próximo de la persona.

5. Desarrollar un marco legislativo de apoyo a las familias acogedoras, que refuerce la protección, avance en la concreción de las distintas tipologías de acogimiento especializado y permita, entre otras cosas, el encaje legal, desde una perspectiva de derechos laborales y/o de cotización, de este tipo de acogimiento.
6. Modificar la normativa de protección a la infancia para blindar el derecho subjetivo de apoyos en la transición a la vida adulta para la infancia tutelada, adaptando los servicios y el acompañamiento que reciben las personas a su desarrollo madurativo individual.
7. Superar en la normativa y en las carteras de servicios el enfoque por grupos poblacionales o colectivos, orientándolos a fomentar la autonomía, el enfoque comunitario, prevenir la dependencia, promocionar la convivencia y la protección de la infancia en contextos familiares, la inclusión social y la calidad de vida de las personas y de las familias.
8. Realizar desarrollos normativos que permitan desplegar un sistema de apoyos a las familias cuidadoras garantizándoles una serie de derechos, como el acceso universal a servicios de apoyo y respiro, atención social y sanitaria, medidas de conciliación real de la vida laboral, familiar y personal, etc.
9. Introducir criterios que garanticen la accesibilidad y la disponibilidad de viviendas como recurso básico para la vida en la comunidad en la normativa urbana y de vivienda.
10. Facilitar situaciones de excepcionalidad administrativa (*sandbox* regulatorios) para el desarrollo de soluciones innovadoras piloto en el ámbito de los servicios de base comunitaria y familiar.

## Desafío 2: Financiación suficiente y sostenida

### ¿Cómo contar con financiación suficiente y sostenida que facilite el desarrollo de alternativas de base comunitaria y familiar a la vez que posibilite la transformación y cierre de las instituciones?

11. Invertir la estructura de gasto actual en el apoyo a las personas que necesitan cuidados, de modo que se emplee mayor porcentaje en servicios de atención comunitaria, personalizada y de apoyo a las familias (de origen y acogida) en el caso de la infancia, y menor porcentaje en servicios de apoyo institucional.
12. Introducir condicionales en los presupuestos del Estado que cofinancian servicios de cuidados (sistema de dependencia, personas mayores, infancia, discapacidad, personas sin hogar), para favorecer la inversión de la estructura de gasto y priorizar los servicios de base comunitaria y familiar.
13. Habilitar presupuestos específicos para el tránsito hacia la desinstitucionalización, incluyendo la financiación para el diseño de nuevas soluciones de base comunitaria y familiar, mejora de los sistemas de coordinación interadministrativa, proyectos piloto y el cierre de instituciones.
14. Asegurar una financiación suficiente y estable para que los servicios de apoyo a la vida en la comunidad y de apoyo a las familias en el caso de la infancia, sean accesibles, asequibles y de calidad.



15. Intensificar los sistemas de apoyos orientados a que las personas tengan un mayor control y elección sobre los apoyos que reciben, reforzando los apoyos para la toma de decisiones.
16. Introducir flexibilidad en la adjudicación de los presupuestos de apoyo a las personas, de modo que se puedan adaptar a las necesidades y preferencias personales, siendo elegibles los gastos relacionados con estas y eliminando las condicionalidades.

### Desafío 3: Organización de recursos y servicios

**¿Cómo organizar, diseñar y planificar las prestaciones y servicios de forma que respondan al proyecto de vida de las personas y contribuyan a mantenerlas en sus comunidades y/o en contextos familiares (en el caso de la infancia y adolescencia)?**

17. Mejorar los sistemas de información para que se conozca el número de personas que necesitan cuidados y apoyos, las que los han solicitados, las que lo tienen y las que viven en instituciones, su evolución y el impacto de las medidas.
18. Desarrollar y reforzar medidas de prevención de la institucionalización, incluyendo mecanismos de alerta temprana (incluido en la primera infancia), así como de respuesta rápida, incluidos en el caso de infancia servicios de apoyo a la crianza y programas eficaces de promoción, fortalecimiento y recuperación de las competencias parentales, y en el caso de sinhogarismo aumentar las viviendas de transición para que se produzca el realojamiento tan pronto como entren al sistema. En todos los grupos de población para evitar la llegada o prolongación de la estancia en instituciones.
19. Garantizar la respuesta rápida a las necesidades de apoyo, reduciendo las listas de espera, introduciendo, por ejemplo, el silencio positivo y la obligatoriedad de responsabilidad administrativa exigible jurídicamente.
20. Reforzar y garantizar el acceso a apoyos y servicios personalizados como la asistencia personal u otros servicios que permitan a las personas vivir con apoyos en la comunidad.
21. Organizar los servicios de acuerdo con las necesidades, los procesos e itinerarios de vida de las personas y no a partir de competencias administrativas, evitando las barreras entre atención primaria y especializada, dedicando especial atención a las transiciones, incrementando el trabajo en red entre distintos sistemas de protección, e intensificado y reforzando la figura de la persona gestora de cuidados/gestora de plan de vida/coordinadora de apoyos.
22. Organizar los servicios y prestaciones de modo que la intensidad de los apoyos sea flexible y adaptada a las circunstancias y preferencias de las personas y no a las categorizaciones (ej. grado de dependencia).
23. Transformar el modelo de atención centrado en la institución hacia un modelo centrado en la persona y en su comunidad, desarrollando nuevos servicios comunitarios que se ajusten a las necesidades y preferencias de las personas y transformando y/o cerrando instituciones cuando proceda.
24. Diversificar los modelos de vivienda con apoyos, garantizando la disponibilidad de viviendas, implicando a los organismos competentes en materia de vivienda y asegurando que las viviendas son adecuadas, accesibles y asequibles. Así



- como agilizar de la acreditación de los recursos de vivienda (cláusula de habitabilidad).
25. Generar una cultura del acogimiento familiar que permita la disponibilidad de hogares suficientes para niños, niñas y adolescentes en cuidados alternativos.
  26. Fomentar el desarrollo y uso de aplicativos técnicos y tecnológicos que contribuyen a la autonomía, la independencia y el autocontrol desde la perspectiva siempre de la usabilidad y accesibilidad, teniendo en cuenta la brecha digital de género.
  27. Planificar adecuadamente la creación y desarrollo de servicios de atención comunitaria y personalizada, considerando el crecimiento demográfico de la población que necesitará apoyos en los próximos años, y siendo congruentes en la implementación con la teoría del cambio en que se soportan (objetivos, fases, medios, actores, etc.).
  28. Evitar que los procesos de desinstitucionalización deterioren la calidad de los servicios y conduzcan a la reinstitucionalización, la transinstitucionalización o la microinstitucionalización.
  29. Introducir sistemas de evaluación de la calidad y de inspección públicos, eficaces y transparentes que pongan el foco en el buen trato, la reducción de restricciones, el respeto de los deseos y voluntad de las personas, la garantía de los derechos humanos y la calidad de vida de las personas.
  30. Desarrollar sistemas de evaluación de los proyectos e iniciativas de desinstitucionalización que presenten evidencias robustas sobre la relación coste-resultado.
  31. Establecer un mecanismo de monitoreo de la desinstitucionalización con indicadores para demostrar su beneficio social, así como sistemas de vigilancia obligatoria de calidad basados en la participación de las personas, sus familias y organizaciones representativas.

#### **Desafío 4: Calidad en el empleo**

##### **¿Cómo reforzar y mejorar la calidad del empleo en el ámbito de los cuidados promoviendo a la vez apoyos y cuidados de calidad?**

32. Atraer a personal al trabajo de provisión de servicios y cuidados, especialmente a hombres para atajar la brecha de género.
33. Mejorar las condiciones de trabajo de las personas cuidadoras profesionales de este sector, para que los puestos de trabajo cuenten con mayores garantías laborales, salarios dignos y una mayor estabilidad en las relaciones humanas.
34. Desarrollar planes de formación, cualificación, reconocimiento y acreditación de profesionales orientados a la personalización de los apoyos, la vida independiente y el enfoque comunitario, que incluyan el desarrollo de nuevas figuras y roles profesionales y la adaptación de roles profesionales para los nuevos modelos de atención (nuevas cualificaciones y recualificación).
35. Desarrollar procesos de acompañamiento y formación a los equipos profesionales de las instituciones para que transiten y faciliten los procesos de desinstitucionalización.
36. Mejorar las condiciones laborales de quienes proveen cuidados mediante el servicio de empleo en el hogar estableciendo mecanismos para la formalización



de los cuidados y asegurando que se cumplen las normativas de regulación en el empleo, especialmente de mujeres migrantes.

37. Contribuir a la mejora de la valoración social del trabajo de cuidados.

### Desafío 5: Empoderamiento de las personas

**¿Cómo asegurar que las personas que necesitan de apoyos participan plenamente de sus proyectos vitales y toman decisiones sobre los apoyos que reciben?**

38. Generar las condiciones para que las personas que necesitan apoyos sean las protagonistas de sus decisiones, cuenten con los apoyos que necesiten y sean consultadas en la definición de las políticas y la organización de los recursos que se les prestan, permitiendo que niños y niñas entiendan la situación y puedan reconstruir sus historias vitales, ejerciendo su derecho a la participación, y estableciendo también estrategias de interpretación vital para aquellas que tienen necesidades de apoyo complejas en la toma de decisiones.
39. Establecer estilos democráticos en las decisiones de la vida cotidiana y en el uso cotidiano de los servicios.
40. Desarrollar e incentivar sistemas de coproducción de servicios y de “apoyos autodirigidos” que refuercen el protagonismo y la participación en la gestión de las personas que necesitan apoyos y de las personas de su entorno que cuidan.
41. Asegurar los apoyos para las personas cuidadoras en el entorno familiar o informal, especialmente de las mujeres, reduciendo la sobrecarga de las mujeres en los cuidados, acompañando a las personas cuidadoras informales y atendiendo a la propia calidad de vida y la vida laboral de las personas cuidadoras.
42. Incorporar y apoyar la participación de personas expertas por experiencia en el desarrollo y el monitoreo del proceso de desinstitucionalización en España.

### Desafío 6: Comunidades inclusivas

**¿Cómo avanzar hacia comunidades que sean inclusivas y sean un agente más en la prestación de cuidados y apoyos a las personas que los necesitan?**

43. Conseguir un cambio cultural en la sociedad respecto a los sistemas de cuidados y el tejido de relaciones sociales que es necesario establecer para que las personas con necesidades de apoyo sean bien acogidas, y accedan a los bienes y servicios comunitarios en igualdad de condiciones que el resto.
44. Fomentar redes de participación y activación comunitaria desarrollando servicios de apoyo e intervención dirigidos a la comunidad y potenciando figuras profesionales que contribuyan a este propósito como por ejemplo los conectores comunitarios.
45. Avanzar hacia comunidades amigables, concienciadas y respetuosas, evitando la discriminación, fomentando un entorno acogedor que favorece la interacción de las personas, la proximidad de los recursos y los espacios para el encuentro y la participación. Además de la educación en valores de tolerancia, respeto, empatía y solidaridad y fomentando iniciativas de ayuda mutua.





46. Conseguir ciudades amigables fomentando un urbanismo acogedor que favorece la interacción de las personas, la proximidad de los recursos y los espacios para el encuentro y la participación. Recuperar los espacios que vinculan con las tradiciones y que motivan la participación ciudadana, para de esta forma recuperar los sentimientos de cultura comunitaria y hacerlo extensible a las nuevas generaciones.
47. Incorporar las especificidades del ámbito rural y urbano en el desarrollo de soluciones y servicios de base comunitaria.

## Desafío 7: Gobernanza

### ¿Cómo asegurar un sistema adecuado de gobernanza y coordinación entre los diferentes actores que deben participar en el despliegue de la Estrategia?

48. Conseguir que en el marco de la Estrategia se desarrollen políticas e iniciativas en los distintos niveles territoriales alineadas con los objetivos y líneas de actuación de la misma.
49. Alcanzar la implicación activa de los ministerios y departamentos con competencias en las políticas de desinstitucionalización en el nivel estatal, autonómico y local.
50. Generar un sistema de coordinación entre los distintos niveles administrativos, central, autonómico y local con mecanismos para la coordinación de las políticas, el seguimiento de las medidas y de los resultados.
51. Lograr que se pongan en marcha mecanismos de coordinación entre sistemas de apoyo, especialmente desde servicios sociales con el sistema sanitario y de vivienda para proveer cuidados y apoyos integrales.
52. Promover el compromiso y la colaboración de las entidades proveedoras de servicios (Tercer Sector y empresas mercantiles) en el diseño, seguimiento, implementación y evaluación de la Estrategia y que sus servicios se transformen y alineen con los objetivos que persigue.

## Desafío 8: Equidad y justicia

### ¿Cómo garantizar que la Estrategia mantenga los principios de equidad y justicia en su diseño y despliegue?

53. Conseguir que el enfoque de desinstitucionalización sea transversal y común para los cuatro grupos de población sin perder de vista sus particularidades.
54. Mantener la perspectiva de interseccionalidad entre los grupos de población a los que se dirige esta Estrategia, prestando especial atención y priorizando en las medidas a las personas se enfrentan a diversas vulnerabilidades de manera simultánea, especialmente desde una perspectiva de género.
55. No dejar a nadie atrás en las políticas de desinstitucionalización, priorizando a las personas que tienen necesidades de apoyo más intensas y/o complejas y que corren mayor riesgo de ser institucionalizadas.



## 5. Bibliografía

---

- AEN. (2022). Dos décadas de historia del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión de la AEN. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), Article 141. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17202>
- Aguilar, M., *Fragmentación e integración de los servicios sociales en España*, 2009, 12 p. [https://www.researchgate.net/publication/256483813\\_Fragmentacion\\_e\\_integracion\\_de\\_los\\_servicios\\_sociales\\_en\\_Espana](https://www.researchgate.net/publication/256483813_Fragmentacion_e_integracion_de_los_servicios_sociales_en_Espana)
- Aldeas Infantiles. (2022). *La situación del acogimiento familiar en España*. Madrid: Aldeas Infantiles SOS.
- Alemán Bracho, C. (1995). La Política de Asistencia Social desde la Transición Democrática. *Revista de Estudios Políticos Nueva Época*.
- Alemán Bracho, M. (1993). Una perspectiva de los derechos sociales en España. *Cátedra de Servicios Sociales de la Escuela Universitaria de Servicios Sociales*, 195-205.
- Alonso Seco, J., & Alemán Bracho, C. (2020). *Servicios Sociales. Nuevas tendencias en España*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Allen, S., Bulic, I., Rosenthal, E., Laurin-Bowie, C., Roozen, S., & Cuk, V. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(11), e40. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30301-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30301-1)
- Anttonen, A., Karsio, O., *Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care*. *Journal of Social Service Research*, vol. 42, nº2, 2016, p. 151-166 <https://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/583709>
- Arruabarrena, I., Rivas, G. R., Cañas, M., and Paúl, J. D. (2021). The Incredible Years Parenting and Child Treatment Programs: A Randomized Controlled Trial in a Child Welfare Setting in Spain. *Psychosocial Intervention*, 31(1), 43 - 58. <https://doi.org/10.5093/pi2022a2>
- Asociación AIRES. (2019). *Investigación*. Obtenido de Investigación-Acción Mujeres Invisibles: Una mirada a las violencias y la exclusión.: <https://airesasociacion.org/wp-content/uploads/2019/07/Informe-Final-Mujeres-Invisibles.pdf>
- Asociación Nuevo Futuro y Universidad de Comillas. (2020). Estadísticas del Observatorio de la Infancia. Obtenido de Estudio de los centros de acogimiento residencial para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la protección en España: [https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/PDF\\_ESTADISTICA/CAS/Estudio\\_Acogimiento\\_V2.pdf](https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/PDF_ESTADISTICA/CAS/Estudio_Acogimiento_V2.pdf)
- Barenys, M. P. (1992). *Las residencias de ancianos y su significado sociológico*. Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Basaglia F. (1964). *"The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation: Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service"*. London: *First international congress of social psychiatry*. [http://www.triestesalutementale.it/english/doc/basaglia\\_1964\\_destruction-mhh.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/basaglia_1964_destruction-mhh.pdf)
- Benjaminsen, L., *Policy review up-date: results from the Housing First based Danish Homelessness Strategy*. *European Journal of Homelessness*, Vol. 7, no. 2 (2013), p. 109-131 [https://www.feantsa.org/download/lb\\_review4223864335925447213.pdf](https://www.feantsa.org/download/lb_review4223864335925447213.pdf)
- Berens, A. E., & Nelson, C. A. (2015). The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 386(9991), 388–398. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)



- Blood, I., Alden, S., & Quilgars, D. (2021). Rock Trust Housing First for Youth Pilot: Evaluation Report. Housing First Europe Hub. <https://www.homelesshub.ca/resource/rock-trust-housing-first-youth-pilot-evaluation-report%C2%A0>
- BOE. (2007). Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-9690>
- BOE. (2017). Real Decreto 729/2017, de 21 de julio. Obtenido de [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-8621](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-8621)
- BOE. (2021). Real Decreto 821/2021. Obtenido de Bases reguladoras de la concesión de subvenciones para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-16033](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-16033)
- BOE (2023). Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-12779](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-12779)
- BOE (2023). Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16651](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16651)
- BOE (2023). Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16057](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16057)
- BOE (2023). Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13580](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13580)
- Boyce, N., Godsland, J., & Sonuga-Barke, E. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: The Executive Summary from a Lancet Group Commission. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 562–563. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30089-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30089-4)
- Browne, K., *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. The Save the Children Fund, 2009. [http://learn.viva.org/wp-content/uploads/2017/08/The\\_Risk\\_of\\_Harm.pdf](http://learn.viva.org/wp-content/uploads/2017/08/The_Risk_of_Harm.pdf)
- Brownie, S., Horstmannshof, L. y Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654-1666.
- BtG. (2021). Bridging the gap project—Inclusive policies and services for equal rights of persons with disabilities (2017-21). <https://bridgingthegap-project.eu/>
- Bulic Cojocariu, I., & Parker, C. (2016). European structural and investment funds and people with disabilities in the European Union. Directorate-General for Internal Policies of the



- Union (European Parliament) and European Network on Independent Living (ENIL). <https://data.europa.eu/doi/10.2861/43924>
- Burke-Shyne, N., Csete, J., Wilson, D., Fox, E., Wolfe, D., & Rasanathan, J. J. K. (2017). How Drug Control Policy and Practice Undermine Access to Controlled Medicines. *Health and Human Rights*, 19(1), 237–252.
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe. Final Report*. European Commission. <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>
- Casado, D., & Fantova, F. (2018). Los sistemas de bienestar en España: evolución y naturaleza. *Documentación Social*.
- Cedeira Gutiérrez, I. (1987). Los servicios sociales del Franquismo a la Constitución. Cuadernos de trabajo social. Universidad Complutense de Madrid.
- CERMIN, Propuesta de cartera de Servicios Sociales, 2017, 89 p. <https://cermin.org/wp-content/uploads/2021/07/Cartera-de-Servicios-Sociales.-Propuesta-CERMIN.pdf>
- Chen, C. K., Sabir, M., Zimmerman, S., Suitor, J. y Pillemer, K. (2007). The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *The Journals of Gerontology*, 62(5), 253-260.
- CIPFA Scotland. (2015). Guidance Notes on Self-directed Support. Chartered Institute of Professional Advice and Accountancy Scotland. <https://www.cipfa.org/members/regions/scotland/news/guidance-notes-on-self-directed-support>
- Cojocariu, B. (2022). Role of the European Union funding in supporting deinstitutionalisation around the world: A call for change. European Commission. European Commission. <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/02/PDF-ENIL-EDF-DI-Global-Report.pdf>
- Col·lectiu Punt 6. (2014). Espacios para la vida cotidiana—Auditoría de calidad urbana con perspectiva de género. Comanegra.
- Comisión Europea. (2017). The European Pillar of Social Rights. Obtenido de [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en)
- Comisión Europea. (2021). Long-term care report: Trends, challenges and opportunities. Brussels.
- Comisión Europea. (2022). COUNCIL RECOMMENDATION on access to affordable high-quality long-term care. Brussels.
- Comité Español de Representación de Personas con Discapacidad. (2022). *Informe Derechos Humanos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad*.
- Consejo Europeo. (2022). COUNCIL RECOMMENDATION on access to affordable high-quality longterm care. Brussels.
- Consejo General del Trabajo Social. (2023). Ejes Estratégicos - Servicios Sociales. Obtenido de [https://www.cgtrabajosocial.es/ejes\\_sss\\_inicio#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20ya%20en%20el,%2C%20posteriormente%2C%20la%20de%201849.](https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20ya%20en%20el,%2C%20posteriormente%2C%20la%20de%201849.)
- Consejo General del Trabajo Social. (2023). Ejes Estratégicos - Servicios Sociales. Obtenido de [https://www.cgtrabajosocial.es/ejes\\_sss\\_inicio#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20ya%20en%20el,%2C%20posteriormente%2C%20la%20de%201849.](https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20ya%20en%20el,%2C%20posteriormente%2C%20la%20de%201849.)
- Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Editorial Paidós. Buenos Aires.



- CRPD. (2022). Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. UN OHCHR - Committee on the Rights of Persons with Disabilities. <https://digitallibrary.un.org/record/3990185>
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., ... Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)
- Choice and control: the right to independent living*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2013, 88 p. [http://fra.europa.eu/sites/default/files/choice\\_and\\_control\\_en\\_13.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/choice_and_control_en_13.pdf)
- Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J., Castro, A., Huang, M., Barroso, T., Araujo, D. y Guerra, R. (2023). The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3373.
- Dalrymple, J. (2023). Self-Directed Support in Scotland—Case studies on international policy and implementation – Case 8. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- de Medeiros, M. M. M., Malini Carletti, T., Baraúna Magno, M., Cople Maia, L., Wanderley Cavalcanti, Y. y Matheus Rodrigues-Garcia, R. C. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 44.
- Deinstitutionalisation and Quality Alternative Care for Children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Eurochild, Hope and Homes for Children, 2014, 40 p. [https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/di\\_lessons\\_learned\\_web\\_use.pdf/](https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/di_lessons_learned_web_use.pdf/)
- Deinstitutionalisation Strategy in Greece. Technical support on the deinstitutionalisation process in Greece*. European Association of Service providers for Persons with Disabilities (EASPD), 2021, 26 p. [https://easpd.eu/fileadmin/user\\_upload/Publications/easpd-di\\_strategy\\_v28-06.pdf](https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/easpd-di_strategy_v28-06.pdf)
- De-institutionalising and transforming children's services. A Guide to Good Practice*. University of Birmingham, 2007, 131 p. <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/5995.pdf/>
- Desmond, C., Watt, K., Saha, A., Huang, J., & Lu, C. (2020). Prevalence and number of children living in institutional care: Global, regional, and country estimates. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 370–377. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30022-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30022-5)
- Desviat, M. (2021). *Cohabitar la diferencia—Salud mental en lo común*. Colección DIVERSOS - Editorial Síntesis.
- Developing community care*. Brighton, European Social Network, 2011, 70 p. [https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/2011\\_Developing\\_Community\\_Care\\_Report\\_EN.pdf](https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/2011_Developing_Community_Care_Report_EN.pdf)
- DFAT, & Caleb, N. (2018). Creating a New 'Business As Usual': Reflections and Lessons From the Australian Aid Program on Engaging With Disabled People'S Organisations in Development Programming and Humanitarian Action. <https://did4all.com.au/Uploads/CreatingANewBusinessAsUsualDPOEngagementInDevelopment.pdf>
- DFAT, & McCoy, M. (2017). Review of the Development of Australia's first Disability-inclusive Development Strategy. <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/development-for-all-evaluation-review.pdf>





- DFAT. (2015). Disability-Inclusion in the DFAT Aid Program—Good Practice Note. <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/disability-inclusive-development-guidance-note.pdf>
- DG ECFIN (2006) *The impact of ageing on public expenditure*. Economic Policy Committee and DG ECFIN.
- Díaz-Veiga, P. (2022). Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización. [https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Unidades\\_de\\_convivencia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Unidades_de_convivencia_para_personas_mayores.pdf)
- Díaz-Veiga, P., et al., *Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización*. Zerbitzuan, n. 78, 2022, p. 51-66. [https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Unidades\\_de\\_convivencia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Unidades_de_convivencia_para_personas_mayores.pdf)
- Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Comisión Europea, *Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria*. Zerbitzuan, no. 49, 2011, p. 147-160 <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Informe%20del%20grupo%20de%20expertos%20ad%20hoc.pdf>
- Domènech-i-Argemí, M., Tirado, F. J., Traveset, S., & Vitores, A. (2009). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educació Social. Revista d'intervenció Socioeducativa*, 0(12). <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/144294>
- DPA. (2016). *The Drug War, Mass Incarceration and Race (English)—La guerra contra las drogas, la encarcelación masiva y la discriminación (Spanish)*. Drug Policy Alliance. <https://drugpolicy.org/resource/drug-war-mass-incarceration-and-race-englishspanish>
- Duffy, S. (2021). Hoja de ruta Europea para una financiación centrada en el usuario de los servicios de atención y apoyo de larga duración—Recomendaciones para responder a los desafíos del sistema. EASPD - [unicproject.eu](https://www.unicproject.eu/publications/). <https://www.unicproject.eu/publications/>
- Duffy, S. (2022, March). Quality of Life and Other Problems—Thoughts on the framing of disability strategy. EURECO Forum 2022.
- Durán, M.A. (coord.), et al., *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*. Vitoria-Gasteiz, Emakunde, 2021, 194 p. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes/es\\_emakunde/adjuntos/quien\\_cuida.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/quien_cuida.pdf)
- EAPN España. (2021). Madrid: EAPN España. Obtenido de Análisis de los servicios sociales. Las personas atendidas y la perspectiva autonómica.
- EAPN. (2021). Análisis de los servicios sociales. Las personas atendidas y la perspectiva autonómica. Obtenido de [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1640249921\\_eapn-servicios-sociales\\_20211222.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1640249921_eapn-servicios-sociales_20211222.pdf)
- EC & EASPD. (2022). *Deinstitutionalisation of persons with support needs and the use of the European Social Fund Plus (ESF+): Recommendation paper*. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. and European Association of Service providers for Persons with Disabilities. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/11607>





- EC. (2021). Checklist: How to target and support people experiencing homelessness with the ESF+ | European Social Fund Plus. <https://ec.europa.eu/european-social-fund-plus/en/publications/checklist-how-target-and-support-people-experiencing-homelessness-esf>
- EC. (2022). European care strategy [COM/2022/440]. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022DC0440>
- EEG. (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care (EEG).  
<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>
- EEG. (2014). Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care (or EEG Toolkit),. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care (EEG). <https://deinstitutionalisation.com/eeg-publications/>
- EEG. (2022). EU Guidance on independent living and inclusion in the community. European Expert Group on the transition from institutional to community-based care. <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/12/eu-guidance-on-independent-living-and-inclusion-in-the-community-2-1.pdf>
- Emerson, E., Hatton, C., *Deinstitutionalization in the UK and Ireland: Outcomes for Service Users*, Journal of Intellectual and Developmental Disability, v. 21 n. 1, 1996, p. 17-37  
[https://www.researchgate.net/publication/232040858\\_Deinstitutionalization\\_in\\_the\\_UK\\_and\\_Ireland\\_Outcomes\\_for\\_Service\\_Users](https://www.researchgate.net/publication/232040858_Deinstitutionalization_in_the_UK_and_Ireland_Outcomes_for_Service_Users)
- EU Expert Group. (2021). EU Funds Checklist to promote independent living and deinstitutionalisation. European Expert Group on the transition from institutional to community-based care with Hope and Homes for Children. <https://deinstitutionalisation.com/eeg-publications/>
- Euro Carers. (2021). *The gender dimension of informal care*. Brussels.
- Eurochild, Hopes&Homes, & openingdoors. (2014). Deinstitutionalisation and Quality Alternative Care for Children in Europe: Lessons learned and the way forward. Eurochild, Hope and Homes for Children.  
[https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/di\\_lessons\\_learned\\_web\\_use.pdf/](https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/di_lessons_learned_web_use.pdf/)
- Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Publications Office of the European Union.
- European Expert Group on the transition from institutional to community-based care, *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*, 2012, 168 p  
<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>
- European Expert Group on the transition from institutional to community-based care, *EU Guidance on independent living and inclusion in the community*, 2022, 20 p.  
<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/12/eu-guidance-on-independent-living-and-inclusion-in-the-community-2-1.pdf>
- FACIAM. (2019). *Estudio sociológico de las personas LGBTI sin hogar de la Comunidad de Madrid*. Madrid.



- FACIAM. (2022). *Exclusión social y COVID-19: el impacto de la pandemia en la salud, el bienestar y las condiciones de vida de las personas sin hogar*. Obtenido de Informe monográfico sobre mujeres y sinhogarismo: [https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2023/03/1\\_informeMujeres-WEB-v04.pdf](https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2023/03/1_informeMujeres-WEB-v04.pdf)
- FACIAM (2022). *Más allá de la vivienda. Juventud y sinhogarismo*. [https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2022/09/1\\_informeJo%CC%81venes-WEB-v8-1.pdf](https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2022/09/1_informeJo%CC%81venes-WEB-v8-1.pdf)
- FACIAM (2022). *Más allá de la vivienda: Mujeres y sinhogarismo*. [https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2023/03/1\\_informeMujeres-WEB-v04.pdf](https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2023/03/1_informeMujeres-WEB-v04.pdf)
- FACIAM (2022). *Más allá de la vivienda. Relaciones sociales y sinhogarismo*. [https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2022/11/1\\_informeRelacionesSociales-WEB-v06.pdf](https://informecovidpsh.faciam.org/wp-content/uploads/2022/11/1_informeRelacionesSociales-WEB-v06.pdf)
- Fantova, F., & Casado, D. (2017). Los sistemas de bienestar en España: Evolución y naturaleza. Documentación social.
- Fariñas, D. R. (2022). *Informe Envejecimiento en Red 2022*. Madrid: Envejecimiento en Red.
- FEANTSA. (2023). Guide to Using EU Funds for Housing First. [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2022/06/HF\\_EU\\_funding\\_final.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2022/06/HF_EU_funding_final.pdf)
- FELGTBI+. (8 de Febrero de 2021). *Más de un 10% de las mujeres trans se han visto obligadas a dormir en la calle al menos una vez en la vida*. Obtenido de <https://felgtbi.org/blog/2021/02/08/mas-de-un-10-de-las-mujeres-trans-se-han-visto-obligadas-a-dormir-en-la-calle-al-menos-una-vez-en-la-vida/>
- Fernández, R. G.-R. (2017). La atención a la discapacidad en los recursos de acogimiento residencial. Ediciones Complutense, 14.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. París: Gallimard.
- FRA. (2018a). From institutions to community living for persons with disabilities: Perspectives from the ground. European Union Agency for Fundamental. [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives_en.pdf)
- FRA. (2018b). The right to independent living of persons with disabilities. European Union Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/project/2014/right-independent-living-persons-disabilities>
- Fraser, N. (2016). Contradictions of Capital and Care. NLR, 100(Jul/Aug). <https://newleftreview.org/issues/ii100/articles/nancy-fraser-contradictions-of-capital-and-care>
- Fresno, José Manuel. (2014). *Cambios Sociales y Tercer Sector: Actuar en un nuevo contexto*. ICONG.
- Freyhoff, G., et al., Included in society. Results and recommendations of the European Research initiative on community-based residential alternatives for disabled people. Comision Europea, 2004, 99 p. <https://cps.ceu.edu/publications/joint-publications/included-in-society>
- From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2018, 94 p. [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives_en.pdf)



- Fundación ONCE. (2020). *Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España*. Obtenido de <https://www.odismet.es/banco-de-datos/4politicade-empleo-orientadas-las-personas-con-discapacidad>
- Fundación Mutua de Propietarios (2019). Estudio de movilidad reducida y accesibilidad. <https://www.fundacionmdp.org/presentacion-del-estudio-de-movilidad-reducida-y-accesibilidad/>
- Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 49(5), 748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Ghiga, I. et al., *Understanding community-based social innovations for healthy ageing*, World Health Organization, [s.a.], 71 p.  
[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/pdf/WHO%20CBSI%20Main%20Report\\_FINAL.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/WHO%20CBSI%20Main%20Report_FINAL.pdf)
- Gimeno Reinoso, B. (2020). Empleo doméstico: un trabajo ingente y necesario fuera del radar social y económico. Obtenido de Boletín Igualdad en la Empresa (BIE). Ministerio de Igualdad:  
[https://www.igualdadnlaempresa.es/actualidad/boletin/docs/BIE\\_59\\_Trabajadoras\\_del\\_Hogar.pdf](https://www.igualdadnlaempresa.es/actualidad/boletin/docs/BIE_59_Trabajadoras_del_Hogar.pdf)
- Glasby, J., et al., *Achieving closure. Good practice in supporting older people during residential care closures*. University of Birmingham, 2011, 35 p.  
<https://research.birmingham.ac.uk/files/10607839/AchievingClosureReport.pdf>
- Glasby, J., Robinson, S., & Allen, K. (2011). Achieving closure. Good practice in supporting older people during residential care closures. University of Birmingham. <http://pure-oai.bham.ac.uk/ws/portalfiles/portal/10607839/AchievingClosureReport.pdf>
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., Macnaughton, E., Streiner, D. y Aubry, T. (2014). National Final Report. Cross-site At Home/Chez Soi Project. Mental Health Commission of Canada. <https://www.homelesshub.ca/resource/national-homechez-soi-final-report>
- Goffman, E. (1970). *Asilos. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* [traducción del original (1968): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Harmondsworth, Penguin.]. Amorrortu.
- Goldman, P. S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bradford, B., Christopoulos, A., Ken, P. L. A., Cuthbert, C., Duchinsky, R., Fox, N. A., Grigoras, S., Gunnar, M. R., Ibrahim, R. W., Johnson, D., Kusumaningrum, S., Agastya, N. L. P. M., Mwangangi, F. M., Nelson, C. A., Ott, E. M., Reijman, S., IJzendoorn, M. H. van, ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 2: Policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 606–633. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30060-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30060-2)
- Goldman, P.S., et al., *Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 2: policy and practice recommendations for global, national, and local actors*. *The Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n. 8, 2020 p. 606-633
- Gómez Bengoechea, B. (2021). Protección a la Infancia: retos pendientes y propuestas de mejora. Tirant lo Blanch.
- González de Molina, E. (2022). Barcelona's housing mission: From a market-fixing to a market-shaping approach. UCL Institute for Innovation and Public Purpose.



<https://medium.com/iipp-blog/barcelonas-housing-mission-from-a-market-fixing-to-a-market-shaping-approach-b52f9ab6ae>

- Govt Wales. (2022a). Health and Social Care Integration and Rebalancing Capital Guidance 2022-25. <https://www.gov.wales/health-and-social-care-integration-and-rebalancing-capital-fund-guidance-2022-2025>
- Govt Wales. (2022b). Health and Social Care Regional Integration Fund. Revenue Guidance 2022-27. Welsh Government. <https://www.gov.wales/health-and-social-care-regional-integration-fund>
- Grene, H. et al., *From institutions to community living: drivers and barriers of deinstitutionalisation. Case study report: Ireland 2018*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2018, 42 p. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/ireland-independent-living-case-study-report\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/ireland-independent-living-case-study-report_en.pdf)
- Gutiérrez Resa, A. (1995). Pasado, presente y futuro de los servicios sociales españoles. inisterio de Asuntos Sociales.
- Gutiérrez Resa, A. (1999). El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España. Universidad de Zaragoza.
- Hermoso, A., Zuñiga, M., *Servicios sociales, comunidad y cuidados a la dependencia: reflexiones desde Navarra y Euskadi a partir de la experiencia del covid-19*. Zerbitzuan, n. 77, 2022, p. 23-34.  
[https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Servicios\\_sociales\\_comunidad\\_y\\_cuidados.pdf](https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Servicios_sociales_comunidad_y_cuidados.pdf)
- Hogar Sí y Provienda (2021). *Evaluación de la metodología Housing First en España. Soluciones al sinhogarismo*. [https://solucionesalsinhogarismo.org/wp-content/uploads/2022/12/Housing\\_first\\_Informe\\_completo.pdf](https://solucionesalsinhogarismo.org/wp-content/uploads/2022/12/Housing_first_Informe_completo.pdf)
- IDA. (2021). Technical advise to the Bridging the gap project—Inclusive policies and services for equal rights of persons with disabilities (2017-21). IDA - International Disability Alliance. <https://www.internationaldisabilityalliance.org/btg>
- Ilinca, S. et al., *From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2015, 15 p.  
[https://www.researchgate.net/publication/286447337\\_From\\_care\\_in\\_homes\\_to\\_care\\_at\\_home\\_European\\_experiences\\_with\\_deinstitutionalisation\\_in\\_long-term\\_care](https://www.researchgate.net/publication/286447337_From_care_in_homes_to_care_at_home_European_experiences_with_deinstitutionalisation_in_long-term_care)
- IMSERSO. (2017). Estadísticas del IMSERSO. Obtenido de Informe 2016. Las personas mayores en España.  
[http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/index/assoc/msan0206.dir/msan0206.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/msan0206.dir/msan0206.pdf)
- IMSERSO. (2019). Estadísticas del IMSERSO. Obtenido de Informe 2018. Las personas mayores en España: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/informe-2018-personas-mayores-espana>
- IMSERSO. (2020). *Estadísticas del IMSERSO*. Obtenido de Base Estatal de datos de personas con discapacidad: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/base-estatal-datos-personas-con-discapacidad>
- IMSERSO. (2022). Estadísticas del IMSERSO. Obtenido de Servicios sociales para personas mayores a 31 de diciembre de 2021.



- IMSERSO. (2022). Informe de empleo en sector servicios sociales. Obtenido de Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030: [https://imserso.es/documents/20123/120137/inf\\_empleo\\_ss\\_4trim\\_2022.pdf/c49d0fb0-648a-c05b-e701-e4cd76896adf](https://imserso.es/documents/20123/120137/inf_empleo_ss_4trim_2022.pdf/c49d0fb0-648a-c05b-e701-e4cd76896adf)
- Inclusion Ireland, *Deinstitutionalisation in Ireland; a failure to act*, 2018, 29 p. <https://inclusionireland.ie/wp-content/uploads/2020/09/deinstitutionalisation-ireland-failure-act.pdf>
- INE. (2020). *Cuidadores y cuidados. Cifras absolutas*. . Obtenido de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51549>
- INE. (2020). *Encuesta continua de hogares*. Obtenido de [https://www.ine.es/prensa/ech\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf)
- INE. (2020). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal. Obtenido de [https://www.ine.es/prensa/edad\\_2020\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf)
- INE. (2022). *Encuesta de Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD)*. . Obtenido de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica\\_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595)
- INE. (2022). *Encuesta sobre las personas sin hogar*. Obtenido de Encuesta sobre las Personas sin Hogar. 2022. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608)
- Infurna, F. J., Gerstorff, D. y Zarit, S. H. (2013). Substantial changes in mastery perceptions of dementia caregivers with the placement of a care recipient. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 202–214.
- Instituto Europeo para la Igualdad de Género. (2019). *Índice de Igualdad de Género*. Obtenido de <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2019-report/informal-care-older-people-people-disabilities-and-long-term-care-services>
- Instituto Europeo para la Igualdad de Género. (2022). *Índice de Igualdad de Género 2022*. [https://eige.europa.eu/sites/default/files/the\\_index\\_press\\_release\\_final\\_es.pdf](https://eige.europa.eu/sites/default/files/the_index_press_release_final_es.pdf)
- Invisible People (2020). Why don't homeless just go back to their family? <https://invisiblepeople.tv/why-dont-homeless-people-just-go-home-to-their-family/>
- Johari, A. (2023). Deinstitutionalization strategy: The Romanian experience—Case studies on international policy and implementation – Case 2. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadestinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Juhila, K. et al., *24 Housing First: Combatting Long-Term Homelessness in Finland*. En: *Successful Public Policy in the Nordic Countries: Cases, Lessons, Challenges*, 2022, 544 p. <https://academic.oup.com/book/44441/chapter/376664562>
- Kari, H., Äijö-Jensen, N., Kortejärvi, H., Ronkainen, J., Yliperttula, M., Laaksonen, R. y Blom, M. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of a people-centred care model for community-living older people versus usual care – A randomised controlled trial. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(6), 3004-3012.
- Karlsson, R-L. et al., *Freedom to choose with whom, where and how you want to live – Deinstitutionalisation (DI) in Sweden*. Independent Living Institute, 2023, 100 p. <https://www.independentliving.org/files/English-Freedom-to-choose-Deinstitutionalisation-Sweden.pdf>





- Katsui, H. (2023). Deinstitutionalization of persons with intellectual disabilities in Finland—Case studies on international policy and implementation – Case 3. State Secretary of Social Rights, Government of Spain.  
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Kelders, Y., et al., *Community Care and the Care Transition in the Netherlands*. Journal of Social Intervention: Theory and Practice, volume. 25, Issue 4, 2016, p. 27–40  
<https://journalsi.org/articles/10.18352/jsi.488>
- Keogh, F. (2023). Ireland – Living in the community for persons with disability and mental illness: Case studies on international policy and implementation – Case 1. State Secretary of Social Rights, Government of Spain.  
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Knapp, M., Cyhlarova, E., Comas-Herrera, A., & Lorenz-Dant, K. (2021). Crystallising the Case for Deinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities [COVID and deinstitutionalisation]. United Nations Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities - London School of Economics and Political Science.  
<https://www.lse.ac.uk/cpec/research/COVIDdeinstitutionalisation.aspx>
- Laine, K., & Kuusterä, K. (2009). De-institutionalisation in Europe: Literature review and meta-analysis on de-institutionalisation. Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/kehitysvammaliiton-selvityksia-2.pdf>
- Leni, E. (2023). Policy and Implementation of Deinstitutionalizing: Response to Homelessness in Finland—Case studies on international policy and implementation – Case 4. State Secretary of Social Rights, Government of Spain.  
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Lerch, V., & Nordenmark, A. (2019). Feasibility study for a child guarantee: Target group discussion paper on children in alternative care. Publications Office.  
<https://data.europa.eu/doi/10.2767/461907>
- Leventi, K. (2021). Models of Good Practices on Personal Budgets. EASPD - unicproject.eu.  
<https://www.unicproject.eu/publications/>
- Lindqvist, E. (2014). Mainstreaming Disability in development cooperation—Barriers of implementing Swedish policy in education projects (pp. 1–3).  
<https://pdfs.semanticscholar.org/f951/bb74f296fec77478d80ec2c6423a6f6ae00c.pdf>
- López-Casasnovas, G., & Beiggelman, M. (2020). *Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra*. Obtenido de La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores.  
[https://www.upf.edu/documents/3223410/7583208/Policy\\_Paper2020-03\\_GL\\_MB.pdf/1b0a385b-1303-1454-4493-c3346198f995](https://www.upf.edu/documents/3223410/7583208/Policy_Paper2020-03_GL_MB.pdf/1b0a385b-1303-1454-4493-c3346198f995)
- Lowe, K., & Jones, E. (2023). Deinstitutionalisation of People with intellectual Disabilities in Wales—Case studies on international policy and implementation – Case 6. State Secretary of Social Rights, Government of Spain.  
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., Withers, J., Clint, S., Fitzpatrick, S., & Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: Overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet*, 391(10117), 266–280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1)





- Ly, A. y Latimer, E. (2015). Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 475-487.
- Llena-Nozal, A., Rocard, E., & Sillitti, P. (2022). Providing long-term care: Options for a better workforce. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/issr.12310>
- Magalhães Vitorino, L., Manganelli Girardi Paskulin, L. y Carneiro Vianna, L. A. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 3-11.
- Malgesini, G. (dir.), et al., *Análisis de los Servicios Sociales. Las personas atendidas y la perspectiva autonómica*. Serie: Sociedades, Madrid, European Anti-Poverty Network-España, 2021, 102 p.  
[https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1640249921\\_eapn-servicios-sociales\\_20211222.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1640249921_eapn-servicios-sociales_20211222.pdf)
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2010). Desinstitucionalización y vida en comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales. *Journal of Intellectual Disability Research*, 104-112.
- Mansell, J., Beadle-Brown, J., *Desinstitucionalización y vida en la comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID)*. Zerbitzuan, no. 49 (2011), p. 137-146  
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Desinstitucionalizacion%20y%20vida%20en%20la%20comunidad.pdf>
- Mansell, J., *Deinstitutionalisation and community living: an international perspective*. Learning disability review, vol. 10, no. 1, 2005, p. 22-29
- Mansell, J., Ericsson, K., *Deinstitutionalization and community living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*. Londres, Chapman & Hall, 1996, 289 p. [Enlace]
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007a). Deinstitutionalisation and community living (Vol1) – outcomes and costs: Report of a European Study Vol 1: University of Kent. <https://research.kent.ac.uk/tizard/2019/06/11/deinstitutionalisation-and-community-living-outcomes-and-costs/>
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., & Beecham, J. (2007b). Deinstitutionalisation and community living (Vol2) – outcomes and costs: Report of a European Study. Volume 2: University of Kent.  
[https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation\\_and\\_community\\_living\\_%E2%80%93%93\\_outcomes\\_and\\_costs\\_vol\\_2\(lsero\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation_and_community_living_%E2%80%93%93_outcomes_and_costs_vol_2(lsero).pdf)
- Manzini, E. (2021). *Livable proximity: Ideas for the city that cares* (First edition). Bocconi University Press. <https://www.egeaeditore.it/ita/prodotti/sociologia/livable-livable-proximityproximity.aspx>
- Marbán Gallego, V. (2009). El impacto del programa del 0,52 en las organizaciones de acción social. Obtenido de <https://revistasonline.inap.es/index.php/GAPP/article/view/421/443>
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Popular, S.A.
- Matulič, M. D.-V. (2019). Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 49-68.



- Matulic, M. V., Munté Pascual, A., & De Vicente Zuera, I. (2019). Sinhogarismo Femenino: Una Aproximación a la Intersección entre Género, Edad y Procesos Migratorios. *Research on Ageing and Social Policy*, 57-85.
- McCarron, M., Lombard-Vance, R., Murphy, E., May, P., Webb, N., Sheaf, G., McCallion, P., Stancliffe, R., Normand, C., Smith, V., & O'Donovan, M.-A. (2019). Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: A systematic review. *BMJ Open*, 9(4), e025735. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025735>
- Mercader Uguina, J. R., Gómez Abelleira, F. J., Muñoz Ruiz, A. B. y Gimeno Díaz de Atauri, P. (2020). *Job quality and industrial relations in the personal and household services sector, country report: Spain*. Central European Labour Studies Institute.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2015). Estudio sobre las necesidades de las familias de personas con discapacidad. [http://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/estudio\\_necesidades\\_familiares.pdf?id=2799661441&acronis](http://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/estudio_necesidades_familiares.pdf?id=2799661441&acronis)
- Mezzina, R. (2022). La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141). <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17209>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 24. Datos 2021*. Madrid: Centro de publicaciones.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales. Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). Leyes autonómicas de Servicios Sociales. Obtenido de <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/LeyesSSSS.htm>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). Prestaciones Básicas de Servicios Sociales. Plan Concertado. Obtenido de <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Prestaciones-basicas/catalogo-referencia.htm>
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2021). *Estadística de las enseñanzas no universitarias. Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo curso 2020-2021*. Obtenido de <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:ae456755-1f2e-48be-94d4-4e13ab204e8b/notaresumen21.pdf>
- Monguí Monsalve, M., Cáceres Arevalo, P. & Ezquiaga Bravo, A. (2022). *Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y los cuidados en España*. Madrid: Instituto de las Mujeres y Universidad Complutense de Madrid.
- Observatorio de la Infancia. (2022). La Infancia en España. Obtenido de Marco Legal: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/infanciaEspana/contexto/marcoLegal.htm#:~:text=M%C3%A1s%20recientemente%2C%20la%20Ley%20Org%C3%A1nica,a%20su%20integridad%20f%C3%ADsica%2C%20ps%C3%ADquica%2C>
- OECD, *Modernización de los servicios sociales en España: diseño de un nuevo marco estatal*. París, OECD Publishing, 2022, 139 p. <https://www.oecd.org/health/Modernizacion-de-los-servicios-sociales-en-Espana.pdf>
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)



- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Getting a Life. Living independently and being included in the community*. Regional Office for Europe, 2012, 90 p. [https://europe.ohchr.org/Documents/Publications/Getting\\_a\\_Life.pdf](https://europe.ohchr.org/Documents/Publications/Getting_a_Life.pdf)
- OHCHR - CRPD. (2017). Observación general núm. 5 (2017) del Comité, sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19 de la Convención).
- OHCHR. (2012). Getting a Life. Living independently and being included in the community (p. 90). Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights - Regional Office for Europe. [https://europe.ohchr.org/Documents/Publications/Getting\\_a\\_Life.pdf](https://europe.ohchr.org/Documents/Publications/Getting_a_Life.pdf)
- OHCHR (2020). Older Women: Inequality at the Intersection of Age and Gender. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2022-03/UN-Advocacy-Brief-Older-Women.pdf>
- OIT. (2011). Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Obtenido de [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C189](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C189)
- OMS. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*.
- OXFAM y UC3M. (2018). *Si estuviera legalmente remunerado, el empleo del hogar en España equivaldría al 2,8% del PIB*. Madrid.
- OXFAM. (2020). *Esenciales y sin derechos*. Madrid.
- Pallarés Neila, J., & Utrera Canalejo, I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), Article 141. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17207>
- Parpouchi, M., Moniruzzaman, A., Buxton, J. A., & Somers, J. M. (2021). Multivariable modelling of factors associated with criminal convictions among people experiencing homelessness and serious mental illness: A multi-year study. *Scientific Reports*, 11(1), 16610. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96186-x>
- People First Canada (2010) *The right way. A guide to closing institutions and reclaiming a life in the community for people with intellectual disabilities*. 19 p. <https://inclusioncanada.ca/wp-content/uploads/2018/05/The-Right-Way.pdf>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos*. *Informes Envejecimiento en red*, 25. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pérez Martínez, E., & Hernández Monsalve, M. (2022). Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: Experiencias internacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), Article 141. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17210>
- Pierson, C. (2004). Origins and development of the welfare state, 1880-1975. En N. Deakin, C. Jones-Finer, & B. Matthews, *Welfare and the State Critical Concepts in Political Science* (págs. 47-70). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Plataforma de ONG de Acción Social. (2023). *Barómetro del Tercer Sector de Acción Social en España 2022: Innovación y transformación para una sociedad más justa*. Obtenido de [https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676301640\\_estudiocuantitativo-barmetro-2022.pdf#page=39&zoom=100,0,0](https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676301640_estudiocuantitativo-barmetro-2022.pdf#page=39&zoom=100,0,0)
- Portefaix, P. (2023). Intervention on homelessness in France—Case studies on international policy and implementation – Case 5. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>



- Predif & Universidad de Jaén. (2020). El impacto de la asistencia personal en menores con discapacidad.
- Prins, S. J. (2011). Does Transinstitutionalization Explain the Overrepresentation of People with Serious Mental Illnesses in the Criminal Justice System? *Community Mental Health Journal*, 47(6), 716–722. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9420-y>
- Quinn, G. (2023). Transformación de los servicios para las personas con discapacidad Informe del Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Gerard Quinn—A/HRC/52/32. UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities appointed by the Human Rights Council. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5232-transformation-services-persons-disabilities>
- Rantamäki, P., Kervinen, L., Kosola, M., & Nappa, E. (2022). Transferability guidelines—Towards user-centred funding models for long-term care. EASPD - [unicproject.eu](http://unicproject.eu). <https://www.unicproject.eu/publications/>
- Real Patronato Sobre Discapacidad, Grupo de Atención Temprana. (2005). *Grupo de Atención Temprana*. Obtenido de Libro Blanco de la Atención Temprana: <http://gat-atacciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
- Regulation (EU) 2021/1060 of the European Parliament and of the Council of 24 June 2021 laying down common provisions on the European Regional Development Fund, the European Social Fund Plus, the Cohesion Fund, the Just Transition Fund and the European Maritime, Fisheries and Aquaculture Fund and financial rules for those and for the Asylum, Migration and Integration Fund, the Internal Security Fund and the Instrument for Financial Support for Border Management and Visa Policy, 231 OJ L (2021). <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/1060/oj/eng>
- Ridente, P., & Mezzina, R. (2016). From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 59–70. <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1146510>
- Rodríguez Cabrero, G., Marbán Gallego, V., Aguilar Hendrickson, M., Huete García, Agustín, Jiménez Lara, Antonio, Martínez Buján, Raquel, . . . Zalakain, J. (2022). *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD). Resumen ejecutivo*.
- Rodríguez Cabrero, G., Marbán Gallego, V., Aguilar Hendrickson, M., Huete García, A., Jiménez Lara, A., Martínez Buján, R., Zalakain, J. (2022). *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, 106. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>
- Rodríguez, P., Vilà, A., & Álvarez, A. (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona: Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía.
- Rogers, J. (2023). From the Poor Laws to the Independent Review of Children’s Social Care: A critically reflective study of care reform in England—Case studies on international policy



- and implementation – Case 7. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadedesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Ross, P. D. S., & Needham, C. (2013). Co-production in social care: What it is and how to do it (SCIE, Ed.). Social Care Institute for Excellence. <https://doi.org/10.13140/2.1.1586.1123>
- Rostgaard, T. (2023). De-institutionalisation in long-term care for older people in Denmark—Case studies on international policy and implementation – Case 10. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadedesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Sacur, B. M., & Diogo, E. (2021). The EU Strategy on the Rights of the Child and the European Child Guarantee—Evidence-Based Recommendations for Alternative Care. *Children*, 8(12), 1181. <https://doi.org/10.3390/children8121181>
- Sánchez-Izquierdo Alonso, M., Prieto Ursúa, M. y Caperos, J. M. (2017). The family caregiver after the institutionalization of the dependent elderly relative. *Educational Gerontology*, 43(12), 650-661.
- Sancho, M. et al., *Etxean Bizi. Informe de resultados*. Diputación foral de Gipuzkoa, 2020, 110 p. <https://www.gipuzkoa.eus/documents/13448758/13642872/Etxean+Bizi+Memoria+2020/48b90cb2-f9f4-b7aa-96de-de92cb3808dd>
- Sancho, M., *Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional*. Revista Internacional de los Estudios Vascos, vol. 65, n. 1-2, 2020, p. 180-224. [https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/riev\\_65\\_1-2\\_sancho\\_mayte.pdf](https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/riev_65_1-2_sancho_mayte.pdf)
- Sansonetti, S., Iaconianni, G., *From institutions to community living: drivers and barriers of deinstitutionalisation. Case study report: Italy 2018*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2018, 48 p. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/italy-independent-living-case-study-report\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/italy-independent-living-case-study-report_en.pdf)
- Save the Children. (2020). *La protección jurídica y social de los Menores Extranjeros No Acompañados en Andalucía*. Obtenido de [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/proteccion\\_juridica\\_menores\\_extranjeros\\_no\\_acompanados\\_andalucia.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/proteccion_juridica_menores_extranjeros_no_acompanados_andalucia.pdf)
- Sawyer, W., & Wagner, P. (2022). Mass Incarceration: The Whole Pie 2022. <https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2022.html>
- Secretaría de Estado de Derechos Sociales (2023). Hacia una definición compartida de “recursos de base familiar y comunitaria” para la infancia en riesgo o desprotección. <https://plataformavidas.gob.es/actualidad/definicion-recursos-familiar/>
- Seddon, J. (2014). Saving Money By Doing The Right Thing—Why ‘local by default’ must replace ‘diseconomies of scale’. Vanguard Consulting - locality.org.uk. <https://www.vonne.org.uk/sites/default/files/files/resources/Locality-Report-Diseconomies-web-version.pdf>
- Segal, S., Jacobs, L., Deinstitutionalization. *Encyclopedia of Social Work*, 2013, 13 p. [https://www.researchgate.net/publication/273576079\\_Deinstitutionalization](https://www.researchgate.net/publication/273576079_Deinstitutionalization)
- SIIS Servicio de Información e Investigación Social, *Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España*. Zerbitzuan, n. 72, 2020, p. 77-90. [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Algunas\\_pistas\\_mejora\\_atencion\\_dependencia.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Algunas_pistas_mejora_atencion_dependencia.pdf)





- SIIS (2011). *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*. SIIS Centro de Documentación y Estudios. <https://www.siiis.net/documentos/ficha/203902.pdf>
- Singh, S., Gray, A., Shepperd, S., Stott, D. J., Ellis, G., Hemsley, A., Khanna, P., Ramsay, S., Schiff, R., Tsiachristas, A., Wilkinson, A. y Young, J. (2022). Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? *Age and Ageing*, 51(1), 1-11.
- Šiška, J., Beadle-Brown, J., (2020) *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member states*. European Commission, 2020, 124 p. <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>
- Spasova, S., et al., *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*. Bruselas, European Commission, European Social Policy Network, 2018, 66 p. [http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_european/eu\\_def/adjuntos/European.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_european/eu_def/adjuntos/European.pdf)
- Spijker, J., & Zueras, P. (2016). El crecimiento de la población con necesidades asistenciales como los adultos mayores sucede en el marco de un proceso de transformación social del Estado de Bienestar en España, en el que el bienestar se está desmarcando paulatinamente de los apoyos fami. *Panorama Social*, 109-124.
- Squire, A., & Richmond, P. (2017). No Place Like Home: The Economics of Independent Living. Citizen Network - citizen-network.org. <https://citizen-network.org/library/no-place-like-home.html>
- Statista. (2020). *MENA acogidos por género y tipo en España 2020*. Obtenido de <https://es.statista.com/estadisticas/956909/menores-extranjeros-no-acompanados-acogidos-por-tipo-y-genero-en-espana/#:~:text=En%202020%2C%20el%20n%C3%BAmero%20total,a%20solo%2091%20acogimientos%20familiares>.
- Statista. (2021). *MENA: inscripciones por comunidad autónoma de España*. Obtenido de <https://es.statista.com/estadisticas/1095213/numero-de-mena-bajo-tutela-o-acogimiento-por-comunidad-autonoma-en-espana/>
- Time to Move on from Congregated Settings. A Strategy for Community Inclusion*. Working Group on Congregated Settings Health Service Executive, 2011, 160 p. <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/disability/congregatedsettings/time-to-move-on-from-congregated-settings-%E2%80%93-a-strategy-for-community-inclusion.pdf>
- Tøssebro, J., *Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond*. European Journal of Disability Research, 10, 2016, p. 111-123 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067216300049>
- Towards community long-term care*. UNECE Policy Brief on Aging, N. 7, 2010, 16 p. <https://unece.org/DAM/pau/docs/age/2010/Policy-Briefs/7-Policy-brief Long-term care.pdf>
- Tuokkola, K., Katsui, H., *From institutions to community living: drivers and barriers of deinstitutionalisation. Case study report: Finland 2018*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2018, 55 p. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/finland-independent-living-case-study-report\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/finland-independent-living-case-study-report_en.pdf)
- UK Parliament & DFID. (2019). DFID's work on disability-inclusive development. <https://committees.parliament.uk/work/3414/dfids-work-on-disability-inquiry/publications/>





- Ulybina, O., Explaining the Cross-National Pattern of Policy Shift toward Childcare Deinstitutionalization. *International Journal of Sociology*, v. 52, 2, 2022, 28 p. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207659.2022.2031488>
- UN CRC. (2013). General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1), UN Doc. CRC\_C\_GC\_14. May. [https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/gc/crc\\_c\\_gc\\_14\\_eng.pdf](https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/gc/crc_c_gc_14_eng.pdf)
- UN OHCHR. (2020). Article 31—List of illustrative indicators on Statistics and data collection—Human rights indicators on the CRPD. <https://bridgingthegap-project.eu/crpd-indicators/>
- UN WOMNE (2020). Intersectional feminism: what it means and why it matters right now. <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/6/explainer-intersectional-feminism-what-it-means-and-why-it-matters>
- UNICEF Ecaro, & Eurochild. (2021). Eurochild-Better Data for Better Child Protection Systems in Europe: Mapping how data on children in alternative care are collected, analysed and published across 28 European countries—Technical report of the data care project. <https://www.eurochild.org/resource/better-data-for-better-child-protection-systems-in-europe/>
- Uribe, J., *Rellenando espacios: hacia una ordenación de los sistemas de servicios sociales desde la respuesta a la complejidad*. Zerbitzuan, n. 68, 2019, p. 75-90. [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Rellenando\\_espacios\\_ordenacion\\_servicios\\_sociales.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Rellenando_espacios_ordenacion_servicios_sociales.pdf)
- Vallellano Pérez, M. (2019). La satisfacción laboral en profesionales asistenciales: de la investigación comparativa en trabajo social a una propuesta de intervención. Universidad Complutense de Madrid. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid.
- Van I., Jzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30399-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30399-2)
- Van I., Jzendoorn, M.H., et al., *Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development*. *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n. 8, 2020 p. 703-720
- Venturini, E. (2023). Deinstitutionalisation of Psychiatric Care in Trieste Region and Italy—Case studies on international policy and implementation – Case 9. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>
- Villar, F., Serrat, R., Bilfeldt, A. y Larragy, J. (2021). Older People in Long-Term Care Institutions: A Case of Multidimensional Social Exclusion. En K. Walsh, T. Scharf, S. Van Regenmortel y A. Wanka (Eds.), *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives* (pp. 297-309). Springer.
- Vives, J.L. (edición 2007) *El socorro de los pobres. La comunicación de bienes*, Grupo Anaya. Madrid
- Wiman, R. (2012). Mainstreaming the Disability Dimension in Development Cooperation: Case Finland—Lessons Learned (pp. 1–11). [https://www.un.org/disabilities/documents/csocd/csocd50\\_wiman.doc](https://www.un.org/disabilities/documents/csocd/csocd50_wiman.doc)



- WHO Europe. (2010). *The Case for Change*. Background paper for the conference “Better health, better lives: Children and young people with intellectual disabilities and their families” (p. 28). World Health Organization
- [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/126408/e94421.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/126408/e94421.pdf)
- WHO Europe. (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: Strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe, WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353912>
- WHO Europe. (2023). *Supporting the routine use of evidence during the policy-making process: A WHO checklist*. World Health Organization
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366181>
- WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care. Denmark. *Country case study on the integrated delivery of long-term care, 2019*, 58 p. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/424648/Denmark-country-case-study-on-the-integrated.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2014). *Innovation in deinstitutionalization: A WHO expert survey*. World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation.
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112829>
- World Health Organization (WHO). *The Case for Change. Background paper for the conference “Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families,” 2010*, 28 p.
- [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/126408/e94421.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/126408/e94421.pdf)



## 6. Glosario

---

**“Accesibilidad universal”**: es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse. La accesibilidad universal comprende también la accesibilidad cognitiva para permitir la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas. La accesibilidad cognitiva se despliega y hace efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin. Así como la Accesibilidad a la información y a la comunicación, que es la dimensión de la accesibilidad universal que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en formatos adecuados y accesibles tales como la lengua de signos española, el subtítulo, la audioexplicación, textos y audios en lenguaje claro y otros medios de apoyo a la comunicación oral, que posibilitan el acceso a la información y la comunicación de las personas con discapacidad en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Acción positiva”**: son aquellas medidas de carácter específico consistentes en evitar o compensar las desventajas derivadas de la discapacidad y destinadas a acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad y su participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Acompañamiento social”**: Labor desarrollada por profesionales de los servicios sociales en su relación de apoyo a los proyectos de vida de las personas usuarias; el acompañamiento social facilita el desarrollo personal, la interacción social y la autonomía de las personas mediante el empleo de distintos recursos, métodos y técnicas. [Anteproyecto]

**“Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)”**: son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de



dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156. [Estrategia Discapacidad]

**“Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”**: fue aprobada en 2015 por la Asamblea General de Naciones Unidas y constituye un compromiso político a nivel internacional para hacer frente a los retos sociales, económicos y medioambientales de la globalización, poniendo en el centro a las personas, el planeta, la prosperidad y la paz, bajo el lema de "no dejar a nadie atrás". La Agenda plantea 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que cubren todas las políticas públicas domésticas, la acción exterior y la cooperación para el desarrollo. La discapacidad es considerada como una cuestión transversal en la implementación de los mismos. Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Ajustes razonables”**: son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a la realidad de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Apoyos sociales”**: Conjunto de servicios y prestaciones de tipo técnico y profesionalizado, que se brindan por parte de equipos interdisciplinarios de los servicios sociales, con el objeto de atender las necesidades sociales de las personas, especialmente ante situaciones de vulnerabilidad social, funcional o relacional. [Anteproyecto]

**“Asistencia personal”**: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal. Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156. [Estrategia Discapacidad]

**“Atención/Enfoque Centrado en la Persona”**: es un marco de intervención basado en el principio de la personalización, que considera que los ciudadanos pasan de ser meros receptores de los servicios a estar plenamente implicados en las decisiones y planificación de sus apoyos y de su futuro. Se basa en centrar los cuidados y apoyos en lo que es importante para las personas, sus fortalezas y necesidades. Hay un conjunto de metodologías que están en el marco de la personalización y de los enfoques preventivos, como son: la Planificación Centrada en la Persona, la Planificación Centrada en la Familias, el Apoyo Activo, el Apoyo Conductual Positivo y el Empleo personalizado, entre otras. La atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno



a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Fuente: Rodríguez, P., y Vila i Mancebo, A. (coords.) (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Trecnos. [Estrategia Discapacidad]

**“Audiodescripción”**: servicio de apoyo a la comunicación que consiste en el conjunto de técnicas y habilidades aplicadas, con objeto de compensar la carencia de captación de la parte visual contenida en cualquier tipo de mensaje, suministrando una adecuada información sonora que la traduce o explica, de manera que el posible receptor discapacitado visual perciba dicho mensaje como un todo armónico y de la forma más parecida a como lo percibe una persona que ve. Fuente: Asociación Española de Normalización y Certificación (2005). UNE 153020:2005. Audiodescripción para personas con discapacidad visual. Requisitos para la audiodescripción y elaboración de audioguías. Aenor. [Estrategia Discapacidad]

**“Autodeterminación”**: Capacidad y derecho de toda persona a la libertad en la toma de decisiones sobre cuestiones importantes de su vida, así como de ser responsable de sus acciones y decisiones. La autodeterminación de las personas queda delimitada por el respeto a los derechos de otros y por el Interés Superior del Menor. [Anteproyecto]

**“Autonomía personal”**: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

**“Capacitismo”**: consiste en el proceso mental, que llega a erigirse en estructura, que establece la capacidad, entendida como la funcionalidad máxima asociada a una persona considerado como paradigma de la normalidad humana, como factor determinante del valor de la persona y de su apreciación y admisión sociales. En este sentido, al entenderse y practicarse la capacidad como métrica del valor las personas, aboca a aquellas que no cumplen el patrón de normalidad imperante, a ser discutidas y finalmente depreciadas generando prejuicios sociales, discriminación y opresión contra las personas con discapacidad. Fuente: CERMI y Relatora de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

**“Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad” (CIDPD)**: se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se





han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de los derechos. Fuente: Naciones Unidas: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>

**“Coproducción”**: Las iniciativas de coproducción se basan en una relación en la que profesionales y ciudadanos comparten el poder de planificar y prestar apoyos juntos, reconociendo que ambos tienen contribuciones vitales que hacer para mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades. Sus principales características son: definir a las personas usuarias de servicios como activos con capacidades; romper las barreras entre las personas usuarias de servicios y los profesionales; aprovechar las capacidades existentes de las personas; incluir la reciprocidad (cuando las personas obtienen algo a cambio de haber hecho algo por los demás) y la mutualidad (personas que trabajan juntas para lograr sus intereses comunes); trabajar con redes de apoyo entre iguales y personales junto a redes profesionales; facilitar servicios ayudando a las organizaciones a convertirse en agentes del cambio en lugar de ser meros proveedores de servicios. Fuente: Ross, P. D. S., & Needham, C. (2013). Co-production in social care: What it is and how to do it (SCIE, Ed.). Social Care Institute For Excellence. <https://doi.org/10.13140/2.1.1586.1123>

**“Daño cerebral”**: es una lesión repentina en el cerebro. Se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. Estas secuelas provocan anomalías en la percepción y en la comunicación, así como alteraciones físicas, cognitivas y emocionales. La principal causa es, en un 78% de los casos, el ictus; seguida de los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones. Fuente: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE): <https://fedace.org/dano-cerebral>.

**“Dependencia”**: es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o problemas de salud mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

**“Derechos humanos”**: son derechos y libertades fundamentales que tenemos todas las personas por el mero hecho de existir. Respetarlos permite crear las condiciones indispensables para que los seres humanos vivamos dignamente en un entorno de libertad, justicia y paz. El derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la libertad de opinión y de conciencia, a la educación, a la vivienda, a la participación política o de acceso a la información son algunos de ellos. Fuente: Amnistía Internacional: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/>

**“Desarrollo comunitario”**: Proceso por el que los miembros de una comunidad, mediante el ejercicio de una ciudadanía activa y responsable, se unen y organizan colectivamente para generar soluciones y dar respuesta a problemas previamente





identificados por la comunidad, en la búsqueda de una mejora del bienestar social y la calidad de vida de las personas que la componen. [Anteproyecto]

**“Desinstitucionalización”**: Según las Directrices Comunes Europeas para la transición de la Atención Institucional a la Atención Comunitaria el término desinstitucionalización es, en ocasiones, malinterpretado y entendido simplemente como el cierre de instituciones. No es así, se trata del proceso de desarrollo de una gama de servicios comunitarios que, desde un enfoque preventivo, reduzcan o eliminen la necesidad de cuidado institucional y segregado. UNICEF define a su vez la desinstitucionalización como todo el proceso de planificación de una transformación hacia la reducción en tamaño o el cierre de las instituciones residenciales, a la vez que se establecen otra serie de servicios diversos de cuidados dirigidos a menores, según una orientación a resultados y de acuerdo a sus derechos. Fuente: San Román, A. et al. (2021). Apoyos 2030. Un viaje para avanzar hacia apoyos personalizados y en la comunidad. Plena Inclusión. [Estrategia Discapacidad]

**“Diálogo civil”**: Principio en virtud del cual las organizaciones representativas participan y son consultadas en las políticas públicas que les afectan. En el caso de la discapacidades el principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad, las cuales garantizarán, en todo caso, el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho. España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad auditiva”**: pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo que minora la capacidad de audición y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír. Las pérdidas de audición pueden ser congénitas, progresivas o adquiridas y presentarse a cualquier edad. Se considera que existe una pérdida auditiva cuando la disminución de la audición es igual o superior a 25 decibelios. Fuente: FIAPAS: <http://www.fiapas.es/que-es-la-sordera> [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad del desarrollo”**: Este término se utiliza para todas aquellas discapacidades que se originan en el tiempo del desarrollo; generalmente, en nuestra cultura, este tiempo se ciñe a los primeros 18 años de vida de la persona. Indica que existen limitaciones en áreas relevantes de la vida tales como el lenguaje, la movilidad, el aprendizaje, el autocuidado y la vida independiente. Fuente: Plena Inclusión: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/discapacidad-del-desarrollo/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad física”**: hace referencia a la disminución o ausencia de funciones motoras o físicas, que a su vez repercute, en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo determinadas actividades en una sociedad que presenta severas limitaciones y



barreras. Por ello, las personas con discapacidad física encuentran dificultades en la realización de movimientos o en la manipulación de objetos y les puede afectar a otras áreas como el lenguaje. Se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Las personas con discapacidad física son aquellas que presentan una disminución importante en la capacidad de movimiento de una o varias partes del cuerpo. Puede referirse a la disminución o incoordinación del movimiento, trastornos en el tono muscular o trastornos del equilibrio. Fuente: Cocemfe: <https://www.cocemfe.es/informate/discapacidad-fisica-organica/>. Fuente: Predif: <https://www.predif.org/discapacidad-fisica/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad intelectual”**: La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. La discapacidad intelectual se expresa en la relación con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene alrededor. Si logramos un entorno más fácil y accesible, las personas con discapacidad intelectual tendrán menos dificultades, y por ello, su discapacidad parecerá menor. A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse. La discapacidad intelectual generalmente es permanente, es decir, para toda la vida, y tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia. Fuente: Plena Inclusión: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/discapacidad-intelectual/> [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad orgánica”**: es aquella producida por la pérdida de funcionalidad de algunos sistemas corporales, que suelen relacionarse con los órganos internos o procesos fisiológicos, ya sean de forma congénita o adquirida. Es el caso de enfermedades renales (riñón), hepáticas (hígado) cardiopatías (corazón), fibrosis quística (pulmones), enfermedad de Crohn y enfermedades metabólicas (aparato digestivo); Linfedema (sistema linfático), hemofilia (coagulación de la sangre), lupus (sistema inmune); y cefaleas, migrañas, alzhéimer, párkinson, trastornos del sueño, fibromialgia o síndrome de fatiga crónica (sistema nervioso central). A la invisibilidad, la incomprensión familiar, social y laboral y la falta de reconocimiento oficial por parte de la Administración se suman problemáticas diferentes en cada una de ellas que suponen importantes obstáculos en la vida diaria e influyen en la calidad de vida. Fuente: COCEMFE: <https://www.cocemfe.es/informate/discapacidad-fisica-organica/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad psicosocial”**: este término se refiere a las personas que han recibido un diagnóstico de salud mental y que han experimentado factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que viven con discapacidades psicosociales son exusuarios y usuarios actuales de servicios de salud mental, así como como personas que se identifican como supervivientes de estos servicios o con la propia discapacidad psicosocial. Fuente: World Health Organization (2021). Mental Health Atlas 2020. World Health Organization. [Estrategia Discapacidad]

**“Discapacidad”**: es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con



las demás. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Discriminación por motivos de discapacidad”:** se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. Fuente: Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU. [Estrategia Discapacidad]

**“Diseño para todas las personas”:** La actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Educación inclusiva”:** es un proceso pedagógico y ético, orientado al logro de una estructura social justa, lo que supone ofrecer a todas las personas sin distinción, un tratamiento educativo equitativo y adecuado a sus características personales de diversa índole, actuando así, conforme al derecho a la educación. Fuente: Medina, M. (2017). La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad: Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas. Cermi; Cinca. [Estrategia Discapacidad]

**“Emergencia social”:** La emergencia social es una situación sobrevenida e imprevista en la que objetivamente la persona o grupo de persona se encuentra de forma repentina sin medios personales, familiares o sociales para dar respuesta a sus necesidades más básicas. [Anteproyecto]

**“Empleo con apoyo”:** conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, prestadas por preparadores laborales especializados, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes. Fuente: España. Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Boletín Oficial del Estado, 14 de julio de 2007, núm. 168, pp. 30618-30622. [Estrategia Discapacidad]

**“Enfermedad rara”:** una enfermedad es considerada rara cuando afecta a un número limitado de la población total, definido en Europa como menos de 5 por cada 10.000



habitantes. Entre el 3,5 y el 5,9% de la población mundial. Las enfermedades raras son, en su mayor parte, crónicas y degenerativas. De hecho, el 65% de estas patologías son graves e invalidantes y se caracterizan por comienzo precoz en la vida, dolores crónicos, el desarrollo de déficit motor, sensorial o intelectual en la mitad de los casos, que originan una discapacidad en la autonomía y en casi la mitad de los casos el pronóstico vital está en juego. Fuente: Federación Española de Entidades Raras (FEDER): <https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/preguntas-frecuentes>. [Estrategia Discapacidad]

**“Exclusión social”**: Proceso por el cual las personas son total o parcialmente excluidas de la participación en la vida cultural, económica, social y política de sus comunidades debido a la acumulación de vulnerabilidades y la imposibilidad de salir sin apoyos de dicha situación, viéndose seriamente limitado el ejercicio de sus derechos. [Anteproyecto]

**“Grandes necesidades de apoyo”**: Tomando como referencia la definición de Verdugo, M. A., & Navas, P. (2017) en su estudio Todos somos todos, se podrían definir las grandes necesidades de apoyo de las personas como (a) la presencia de limitaciones importantes que dificultan el funcionamiento autónomo de la persona en su contexto, como pudieran ser sensoriales, físicas, problemas de conducta y otras condiciones médicas de salud y (b) la dependencia elevada de las personas de su entorno para funcionar en su vida diaria. Fuente: Plena Inclusión, Todos somos todos. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/estudiotodososomostodosdef.pdf>

**“Guía-intérprete”**: Profesional que desempeña la función de intérprete y guía de la persona sordociega, realizando las adaptaciones necesarias, sirviéndole de nexo con el entorno y facilitando su participación en igualdad de condiciones. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“Historia social única”**: Expediente único, integrado y acumulativo, conformado por el documento o conjunto de documentos resultado de la intervención social realizada en el ámbito de los servicios sociales en la que se registran los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación social y familiar de la persona y/o familia, así como el diagnóstico, la intervención, la evolución de la situación y apoyos sociales que haya o esté recibiendo. [Anteproyecto]

**“Igualdad de oportunidades”**: es la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o por razón de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, laboral, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se



aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Implante coclear”**: es una prótesis quirúrgica que consta de una parte interna y otra externa. El implante transforma el sonido en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo. Sustituye las funciones de la cóclea dañada. Está indicado en pérdidas auditivas neurosensoriales profundas y en algunas severas, que no obtengan beneficio con audífonos, siempre y cuando el nervio auditivo se mantenga intacto. Desde el año 1995 el implante coclear es una prestación del SNS. Fuentes: Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos; Manrique, M. et al. (2018): “Guía Clínica sobre implantes cocleares”. Acta Otorrinolaringológica Española, 70(1): 47-54; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Implantes cocleares: actualización y revisión de estudios coste utilidad. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III; 2003. Implantes cocleares. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Evaluación epidemiológica de tecnologías de salud. Madrid: AETS- Instituto de Salud Carlos III; 1995. [Estrategia Discapacidad]

**“Intérprete de lengua de signos”**: Profesional que interpreta y traduce la información de la lengua de signos a la lengua oral y escrita y viceversa con el fin de asegurar la comunicación entre las personas con discapacidad auditiva y sordociegas, que sean usuarias de esta lengua, y su entorno social. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“Interseccionalidad”**: entendida como la confluencia de factores que se potencian al experimentar discriminación. La interseccionalidad es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la discapacidad, la clase social u orientación sexual, como otras categorías sociales como la condición de migrante lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas. Fuente: Gómez, F. La interseccionalidad en la discriminación. Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y el Caribe, 2003, pp. 1. [Estrategia Discapacidad]

**“Lectura fácil”**: La lectura fácil es un método de adaptación y redacción de textos que pretende hacer accesible la información y la cultura a las personas con dificultades de comprensión lectora. Es un planteamiento general sobre la accesibilidad a la información y a la comprensión de los mensajes escritos de las personas con diversidades intelectuales y de aprendizaje. También la podemos considerar como un método para hacer entornos psicológicamente comprensibles para todos, eliminando las barreras para la comprensión, el aprendizaje y la participación. Fuente: García, O. (2012). Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación. Real Patronato sobre Discapacidad. [Estrategia Discapacidad]





**“Lengua de signos”:** Son las lenguas o sistemas lingüísticos de carácter visual, espacial, gestual y manual en cuya conformación intervienen factores históricos, culturales, lingüísticos y sociales, utilizadas tradicionalmente como lenguas por las personas con discapacidad auditiva y sordociegas signantes. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“Logopeda y maestro/a especialista en audición y lenguaje”:** Profesionales especializados en sistemas alternativos y/o sistemas aumentativos de apoyo a la comunicación oral, que estimulan y facilitan el desarrollo de la misma. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“Medios de apoyo a la comunicación oral”:** son aquellos códigos y medios de comunicación, así como los recursos tecnológicos y ayudas técnicas usados por las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas que facilitan el acceso a la expresión verbal y escrita de la lengua oral, favoreciendo una comunicación con el entorno más plena. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“No estigmatización”:** Principios en virtud del os cual es las personas y grupos usuarios de servicios sociales pueden llevar una vida en igualdad de condiciones, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona o grupo, eliminando el señalamiento negativo y la imposibilidad efectiva de acceso y disfrute, basado en prejuicios y estereotipos aprendidos. [Anteproyecto]

**“Normalización”:** principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Parálisis cerebral”:** La parálisis cerebral es una pluridiscapacidad causada por una lesión en el cerebro producida antes que su desarrollo y maduración sean completos. La lesión que causa parálisis cerebral podría ocurrir antes de nacer, en el momento del parto o, tras el nacimiento; hasta los tres años de edad. El 80% de las personas con parálisis cerebral tienen grandes necesidades de apoyo, ya sea a nivel físico, cognitivo, comunicacional o por una combinación de 2 o más factores. 1 de cada 500 personas tiene parálisis cerebral en España, de modo que 120.000 personas viven con parálisis





cerebral en nuestro país. Fuente: Confederación Aspace: <https://aspace.org/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Persona con sordoceguera”**: Aquella persona con un deterioro combinado de la vista y el oído que dificulta su acceso a la información, a la comunicación y a la movilidad. Esta discapacidad afecta gravemente las habilidades diarias necesarias para una vida mínimamente autónoma, requiere servicios especializados, personal específicamente formado para su atención y métodos especiales de comunicación. Fuente: España. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2007, núm. 255, pp. 43251-43259. [Estrategia Discapacidad]

**“Personas con grandes necesidades de apoyo”**: son aquellas que precisan de apoyos extensos y generalizados en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, cuya provisión les permite la toma propia de decisiones, el ejercicio de su autonomía personal y la participación comunitaria. En todo caso, se consideran como tales aquellas que cuenten con declaración oficial de dependencia, con arreglo a lo dispuesto en la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y las que tengan reconocida la necesidad de concurso de tercera persona. [Estrategia Discapacidad]

**“Productos de apoyo”**: Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a: facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Fuente: Asociación Española de Normalización y Certificación (2005). UNE-EN ISO 9999:2012 V2. Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología (ISO 9999:2011). Aenor. [Estrategia Discapacidad]

**“Residencia efectiva”**: Acción de vivir habitualmente y de forma continuada en territorio del Estado español, pudiéndose demostrar por cualquier prueba admitida en derecho y sin que sea necesario contar con permiso de residencia. [Anteproyecto]

**“Salud Mental”**: el concepto de salud mental está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento, rehabilitación y la recuperación de las personas afectadas. Se puede decir, por tanto, que la salud mental es un aspecto más del bienestar de cada persona, algo que tenemos que cuidar, prestar atención y afrontar si es preciso. Todos tenemos posibilidades de tener un trastorno mental. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas presentará un trastorno mental a lo largo de su vida. Al contrario de lo que se suele pensar tener un problema de salud mental no impide tener una vida plena, conseguir un trabajo, formar una familia o disfrutar de cualquier aspecto de la vida. Fuente: Confederación Salud mental España: <https://consaludmental.org/informate/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Servicios de apoyo en la comunidad”**: Según las “Directrices Comunes Europeas para la transición de la Atención Institucional a la Atención Comunitaria” los servicios de



apoyo comunitarios o de apoyos basados en la comunidad, son un espectro de servicios que posibilitan a las personas vivir en la comunidad, y en el caso de la infancia, crecer en un ambiente familiar en vez de en una institución [...] Estos servicios no se restringen a servicios dentro de casa, sino también deben poder extenderse a las esferas del empleo, la educación, la participación política y cultural. Abarca los servicios generales, como la vivienda, la atención sanitaria, la educación, el empleo, la cultura y el ocio, que deben ser accesibles para todos, independientemente de la naturaleza de del nivel de apoyo requerido por la persona. También se refiere a los servicios especializados, como la asistencia personal a las personas con discapacidad y otro tipo de apoyos. Además, el término incluye el cuidado de los niños en entornos familiares. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). The Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. EEG. [Estrategia Discapacidad]

**“Síndrome de Down”**: es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común. Esta anomalía cromosómica no se considera una enfermedad. Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas. Con la debida estimulación, pueden estudiar, trabajar y vivir de forma autónoma con los apoyos necesarios. Fuente: Down España: <https://www.sindromedown.net/lf/sindrome-down/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (SAAD)**: con la entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia nace un nuevo derecho para todos los ciudadanos. A través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que la Ley crea, todas las personas mayores o con discapacidad que no puedan valerse por sí mismas serán atendidas por las administraciones públicas, garantizándoles el acceso a los servicios sociales públicos y a las prestaciones económicas más adecuadas a sus necesidades. La Ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, entre las que sobresale la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Fuente: Imserso: <http://www.dependencia.imserso.es/>. [Estrategia Discapacidad]

**“Subtitulado”**: presentación escrita del contenido sonoro y verbal que aparece sobrepuesta sobre una imagen o un display, con la transcripción de lo contenido en una interacción comunicativa y/o en un entorno de concurrencia pública. En su realización y edición se debe ajustar a lo establecido en la norma técnica vigente. Puede facilitarse en directo, semidirecto o grabado. Fuente: Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS). [Estrategia Discapacidad]

**“Trastorno del Espectro del Autismo” TEA**: es un trastorno de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas del desarrollo evolutivo: la comunicación e interacción social y la flexibilidad del pensamiento y de la conducta. Fuente: Confederación Autismo España: <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>. [Estrategia Discapacidad]



**“Urgencia social”:** Se trata de una situación imprevista resultado de procesos continuos en el tiempo, o no, y que, de no tener una respuesta, puede generar o incrementar una situación de vulnerabilidad, desprotección y exclusión social en las personas y grupos que la sufren, afectando a la cobertura de sus necesidades básicas. [Anteproyecto]

**“Vida independiente”:** es la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad. Fuente: España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. [Estrategia Discapacidad]

**“Vulnerabilidad funcional”:** Situación de riesgo psicosocial en la que pueden hallarse las personas que, por limitaciones físicas, psíquicas o psicológicas no pueden realizar sin apoyo actividades de la vida diaria o no pueden desenvolverse con autonomía e integrarse en su entorno habitual. Esta situación limita el ejercicio de derechos de ciudadanía, el acceso a bienes y servicios como empleo, sanidad, educación o vivienda, lo que posiciona a las personas en una clara desventaja social, pudiendo desembocar en una situación de vulnerabilidad social. [Anteproyecto]

**“Vulnerabilidad relacional”:** Situación de riesgo psicosocial caracterizada por una fractura en las relaciones de la persona o familia, que se traduce en un déficit de vínculos sociales significativos, repercutiendo en redes de apoyo débiles, disfuncionales o inexistentes, que puede desembocar en un proceso de exclusión social. e) “Atención centrada en la persona”: Modelo profesionalizado de atención que, desde un abordaje integral en la provisión de apoyos, aborda los ámbitos físico, psíquico y social de la persona con el fin de ofrecer una atención personalizada, continua y adaptada a sus necesidades, situando como eje central de la actuación a la persona, su dignidad, opiniones, preferencias y derechos, fomentando su autonomía en la toma de decisiones. [Anteproyecto]

**“Vulnerabilidad social”:** Situación en la que pueden hallarse personas, familias, grupos o comunidades debido a la confluencia de factores de orden económico, social, relacional, ambiental o personal que aumentan la exposición a los riesgos y posicionan a las personas afectadas en desventaja social, lo que puede traducirse en un incremento de las desigualdades, en limitaciones en el ejercicio de derechos y/o en exclusión o riesgo de exclusión. [Anteproyecto]



## 7. Anexos

---

1. Análisis de fuentes secundarias
2. Análisis del marco normativo
3. Revisión internacional sobre desinstitucionalización
4. Informe encuesta estadísticamente representativa
5. Informe intermedio encuesta bola de nieve
6. Informe grupos de trabajo multiactor
7. Informe entrevistas en profundidad nacionales e internacionales
8. Informe de las historias de vida
9. Informe panel de comunidades virtuales
10. Informe de análisis de redes sociales
11. Análisis comparado de los procesos de desinstitucionalización en otros países
  - a. Caso 1. Irlanda
  - b. Caso 2. Rumanía
  - c. Caso 3. Finlandia – Discapacidad
  - d. Caso 4. Finlandia – Sinhogarismo
  - e. Caso 5. Francia – Sinhogarismo
  - f. Caso 6. Gales – Discapacidad
  - g. Caso 7. Inglaterra – Infancia
  - h. Caso 8. Escocia – Apoyos autodirigidos
  - i. Caso 9. Italia – Salud mental
  - j. Caso 10. Dinamarca – Personas mayores
12. Documento informe Experiencias de desinstitucionalización en España

