

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/381585060>

El papel de la arquitectura en los centros de atención a la dependencia "The role of architecture in long-term care facilities"

Article · June 2024

DOI: 10.5569/2340-5104.12.01.05>

CITATIONS

0

READS

102

4 authors, including:



Elisa Pozo Menendez

31 PUBLICATIONS 174 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Laura Cambra-Rufino

Universidad Politécnica de Madrid

40 PUBLICATIONS 36 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Delfin Jimenez

EQAR

11 PUBLICATIONS 43 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

El papel de la arquitectura en los centros de atención a la dependencia

The role of architecture in long-term care facilities

Resumen

La adecuación de los centros residenciales sociales a la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización requiere de una serie de cambios y transformaciones que afectan al espacio físico donde tiene lugar el día a día de las personas que lo habitan y utilizan. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de las limitaciones arquitectónicas para las personas con discapacidad que viven en centros de carácter institucional. Para ello, utilizamos el método de análisis temático inductivo en 24 entrevistas y 2 grupos focales realizadas a un total de 45 personas de tres centros españoles (incluyendo perfiles profesionales sanitarios, técnicos, personas usuarias y familiares). Los resultados se organizan en cuatro temas principales: 1) Relación del edificio hacia el exterior; 2) Instalaciones obsoletas y problemas de mantenimiento; 3) Inseguridades derivadas; y 4) Criterios organizativos y estructurales. En definitiva, los centros analizados presentan carencias graves que limitan la autonomía de las personas con o sin discapacidad que residen o que hacen uso de ellos. Más estudios son necesarios para promover tipologías, programas funcionales y criterios de diseño basados en evidencias, alineados con políticas públicas, que fomenten la autonomía e independencia de las personas con diversidad funcional. Asimismo, es necesaria también la promoción de una mayor relación con la comunidad y el entorno circundante, y un diseño más ergonómico y saludable para todas las personas, incluido el personal trabajador de este tipo de dotaciones y equipamientos.

Palabras clave

Estrategia de desinstitucionalización, atención centrada en la persona, dependencia, investigación cualitativa, diseño basado en evidencias, arquitectura, discapacidad.

Abstract

The adaptation of residential social centers to the Deinstitutionalization Strategy requires a series of changes and transformations that affect the physical space where the daily lives of the individuals who inhabit and use it take place. The aim of this study is to analyze the impact of architectural limitations for people with disabilities living in institutional settings. To achieve this, we employed the method of inductive thematic analysis in 24 interviews and 2 focus groups conducted with a total of 45 individuals from three Spanish centers (including healthcare professionals, technicians, service users, and family members). The results are organized into four main themes: 1) Building's relationship with the exterior; 2) Outdated facilities and maintenance issues; 3) Derived insecurities; and 4) Organizational and structural criteria. Ultimately, the analyzed centers exhibit serious deficiencies that limit the autonomy of individuals with or without disabilities who reside in or use them. Further studies are necessary to promote typologies, functional programs, and design criteria based on evidence, aligned with public policies, that foster autonomy and independence for individuals with disabilities. Additionally, there is a need to promote greater engagement with the community and surrounding environment, as well as a more ergonomic and healthy design for all individuals, including the staff working in these facilities and amenities.

Keywords

Deinstitutionalisation strategy, person-centred care, dependency, qualitative research, evidence-based design, architecture, disability.

Elisa Pozo Menéndez

<elisa@mitaatelier.com>

Mita atelier. España

Laura Cambra-Rufino

<laura.cambra.rufino@upm.es>

Universidad Politécnica de Madrid. España

Delfín Jiménez Martín

<d.jimenez@eqar.es>

EQAR Urbanismo Edificación y Accesibilidad. España

Juan Zarco Colón

<juan.zarco@uam.es>

Universidad Autónoma de Madrid. España



Para citar:

Pozo Menéndez, E., Cambra-Rufino, L., Jiménez Martín, D. y Zarco Colón, J. (2024). El papel de la arquitectura en los centros de atención a la dependencia. *Revista Española de Discapacidad*, 12(1), 99-118.

Doi: <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.12.01.05>>

Fecha de recepción: 23-02-2024

Fecha de aceptación: 19-05-2024



1. Introducción¹

1.1. Discapacidad: informes y marcos legales

El primer informe global sobre discapacidad, publicado en 2011 por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), señalaba que aproximadamente el 15 % de la población mundial vivía con algún tipo de discapacidad. Este documento también anticipaba un aumento de esta cifra debido a factores como el envejecimiento demográfico, el aumento de las enfermedades crónicas y la mejora de las metodologías para medir y evaluar la discapacidad (OMS, 2011). Por lo tanto, no resulta sorprendente que en 2023, la OMS haya elevado la proporción de la población con alguna discapacidad, situándola en el 16 %, lo que equivale a 1 de cada 6 personas, es decir, 1300 millones de personas (OMS, 2023). Además, la OMS indica que entre las distintas desigualdades que enfrentan las personas con discapacidad se encuentran las barreras arquitectónicas y la inaccesibilidad de los entornos físicos, y exhorta a los países miembros a reducir las desigualdades para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Salud y bienestar”.

Por otra parte, la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (en adelante, la Convención) subraya la necesidad de una inclusión plena de las personas con discapacidad, considerando inaceptable su aislamiento del contexto social en el que interactúan (ONU, 2006). Este modelo social de la discapacidad, resultado de un proceso de organización y autorrepresentación de las personas con discapacidad, se fundamenta en la autonomía personal y en el derecho a la igualdad de oportunidades, a la no discriminación, al derecho a la salud y al derecho a vivir de manera independiente, superando así la perspectiva exclusivamente médica e intervencionista de un modelo rehabilitador (Cocemfe, 2022).

Actualmente, la *Estrategia europea de los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030* (Comisión Europea, 2021), definida sobre la base de la Estrategia Europea sobre la Discapacidad 2010-2020 (Comisión Europea, 2010), aboga igualmente por la integración de los derechos de todas las personas con discapacidad en todas las políticas y áreas, así como por la igualdad de oportunidades, con especial atención al acceso a la atención médica, empleo, transporte público y vivienda. Recientemente, se ha lanzado públicamente el Centro Europeo de Accesibilidad (Comisión Europea, 2022) cuya misión es promover la implementación de políticas sobre accesibilidad en los estados miembros de la Unión Europea para así mejorar la disponibilidad de productos, servicios e infraestructuras más accesibles en la UE (Disability Intergroup, 2022).

En España, la *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social* (Real Decreto Legislativo 1/2013), la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (Ley 39/2006), y la *Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* (Ley 51/2003) consolidan un marco legal para el desarrollo de políticas públicas, haciendo hincapié en la necesaria universalización de los derechos humanos en un colectivo que históricamente ha sido objeto de vulneración y exclusión (Cocemfe, 2022). Tanto la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030 como el *Plan nacional para la prevención de las deficiencias y de la intensificación de las discapacidades* avanzan y establecen hojas de ruta actualizadas y adaptadas al contexto español, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024). Los datos estadísticos más recientes disponibles en el Instituto

1. Las autoras y autores agradecen la participación a todas las personas implicadas en el estudio, desde servicios centrales del Imserso hasta los equipos profesionales, las personas usuarias y familiares de cada uno de los centros que nos han acogido.

Nacional de Estadística (en adelante, INE) recogidos por la *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)* de 2020, indican que 4,38 millones de personas residentes en hogares afirman tener algún tipo de discapacidad (INE, 2022a). Este dato supone un 9,3 % de la población y corrobora la tendencia al alza, ya que en 2008 el porcentaje de población con discapacidad era del 8,4 % (INE, 2008).

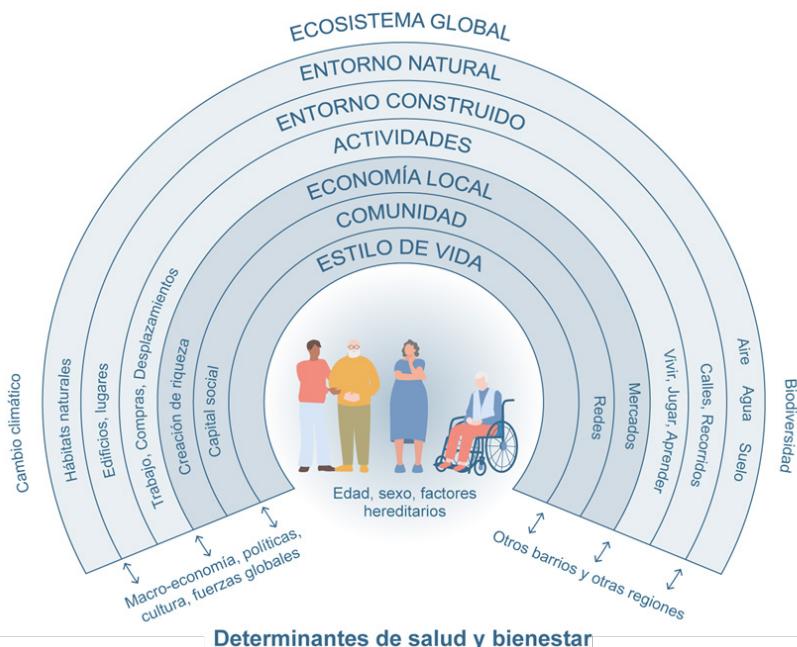
1.2. Cuidados en alza y desinstitucionalización

La creciente demanda de cuidados por parte de la población con diversidad funcional y/o personas de edad avanzada se ha convertido en una prioridad para gobiernos e instituciones, que necesitan encontrar formas eficientes para proporcionar la máxima calidad de cuidados a un coste asumible (Brodsky et al., 2002; Edvardsson et al., 2016). En España, los últimos resultados de la *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2020)* (INE, 2022a) recogían que 4,38 millones de personas afirmaban tener algún tipo de discapacidad; lo que supone un aumento del 14 % respecto a los resultados de la encuesta anterior en 2008 (INE, 2008). Por otra parte, se prevé que el porcentaje de población de 65 o más años, que actualmente se sitúa en el 20 % del total, alcance un máximo del 30 % en 2050 (INE, 2022b). Es preciso mencionar, que, aunque el proceso de envejecimiento no tiene por qué presentar un deterioro físico y cognitivo limitante, en general, la discapacidad aumenta con la edad. Además, las repercusiones derivadas de la pandemia de coronavirus han puesto de manifiesto las deficiencias estructurales, funcionales y operativas de los lugares y servicios destinados a los cuidados de estas personas (Cocemfe, 2022; Martín-Moreno et al., 2022; Navas et al., 2020).

Desde un punto de vista social, una de las respuestas a nivel nacional ha sido el desarrollo de la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023), que representa un compromiso y elemento central en el desarrollo del componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, dirigida fundamentalmente a personas con discapacidad, entre otros colectivos. Dentro de esta estrategia, el marco conceptual es que “todas las personas tienen el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, el derecho a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, así como el derecho a vivir con dignidad”.

Los informes en España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Cermi, 2019) ya señalaban la preocupación por los procesos de institucionalización, el acceso limitado a la asistencia personal, la ausencia de un enfoque personalizado, la inversión de fondos públicos en la construcción de nuevas instituciones residenciales y la ausencia de una estrategia para la desinstitucionalización y de un plan de acción para el impulso de la vida independiente para todas las personas con discapacidad en su comunidad.

Por tanto, la desinstitucionalización se entiende como un proceso de transición hacia una buena vida en la comunidad (figura 1), donde la accesibilidad y la universalidad son características fundamentales de los contextos comunitarios, y se pone de manifiesto igualmente la transformación de instituciones residenciales y desarrollo de servicios de apoyo en la comunidad con una atención personalizada. La buena vida en comunidad se identifica con el derecho de las personas a decidir sobre su propia vida y respetar la diversidad de cada persona.

Figura 1. Esquema con los determinantes de salud y bienestar

Fuente: Pozo Menéndez (2023), adaptado de Barton y Grant, 2006.

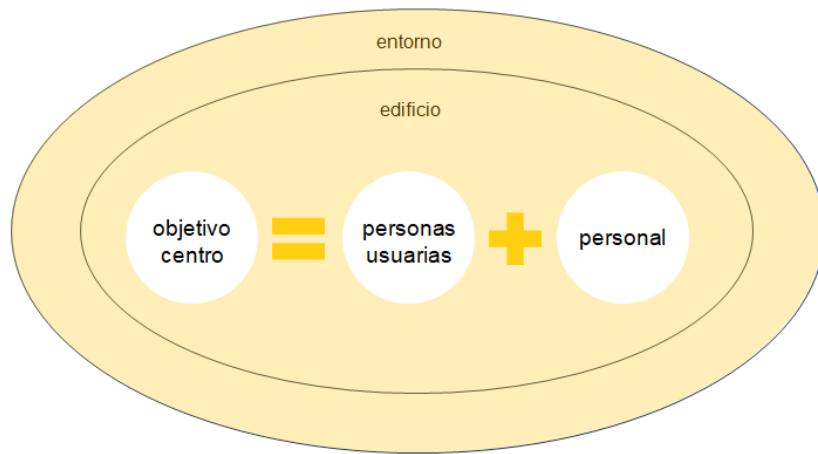
Esta transformación social requiere asimismo entornos físicos que faciliten y hagan realidad esa participación en la comunidad. En este sentido, la accesibilidad universal resulta un parámetro en el diseño que incluye la accesibilidad física, sensorial y cognitiva. Según el texto recogido en la *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social* (Real Decreto Legislativo 1/2013), se puede definir como la “condición que deben cumplir los entornos (...) para ser utilizables, comprensibles y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible”. A través del diseño, todas estas limitaciones pueden minimizarse para facilitar la permanencia de las personas en su entorno habitual y promocionar su interacción social, independencia y autonomía.

1.3. Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es analizar el impacto de las limitaciones arquitectónicas para las personas con discapacidad que viven en centros institucionalizados.

Para ello se utiliza parte del trabajo desarrollado por la empresa Mita atelier para el Imserso (*Servicios de apoyo y elaboración de programas funcionales para adecuar la infraestructura de 12 centros para facilitar la integración social y la implementación del modelo de atención integral centrado en la persona a través de unidades de convivencia en grupos reducidos y de la apertura al entorno social de los equipamientos*). En este trabajo, se consideró cada uno de los centros como un universo particular donde intervenían distintas variables como el objetivo del centro, las personas usuarias, el personal, el propio edificio y los condicionantes de su entorno (figura 2).

Figura 2. Representación de las variables que influyen en cada centro



Fuente: elaboración propia.

Este artículo resume los resultados recogidos en 3 de los 12 centros objeto del contrato, donde las necesidades de cuidados y apoyos son muy elevadas, ya que existe un gran número de personas con un alto grado de dependencia.

2. Métodos

2.1. Supuestos de la investigación

El enfoque epistemológico utilizado, que tiene que ver con la naturaleza del conocimiento humano y cómo lo obtenemos, ha sido el modelo constructivista. Según este modelo, el conocimiento científico no se puede separar del contexto humano y un fenómeno se puede estudiar considerando las perspectivas y el contexto de los participantes que intervienen en él.

2.2. Diseño de la investigación

La investigación se diseña como un estudio de casos descriptivo. Este diseño permite describir con detalle las particularidades de un fenómeno concreto en escenarios del mundo real (Runeson y Höst, 2009; Yin, 2017). El estudio de casos consiste en analizar en profundidad uno o varios casos a partir de múltiples técnicas para recoger una cantidad abundante de datos que respondan al objetivo planteado (The Centre for Health Design, 2018). La metodología utilizada ha sido previamente publicada (Cambra-Rufino et al., 2023) y este estudio se centra en los resultados obtenidos a partir de técnicas cualitativas en 3 centros distintos analizados en los años 2021 y 2023.

2.3. Consideraciones éticas

El estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas aplicables en investigación en salud. Cada persona participante en la investigación recibió un consentimiento informado donde se explicaba el objetivo del estudio, la voluntariedad de la participación y las técnicas de recogida de datos a emplear como fotografías y grabaciones. También se tuvo en cuenta la *Ley Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales* (Ley Orgánica 3/2018) para la captación, toma de contacto, recogida y análisis de datos.

El protocolo de la investigación fue enviado tanto al Imserso como a cada uno de los centros para su consideración, revisión y aprobación previo a la recogida de los datos. Las aportaciones recibidas se incorporaron y la investigación se fue adaptando a las propuestas de cada centro.

La selección de participantes se realizó a partir de un muestreo estructural que asegurara la representatividad de la muestra. En el caso de personas usuarias se buscó representatividad en torno a distintos aspectos como la edad, sexo, la antigüedad en el centro, régimen (internado/mediopensionista) o procedencia geográfica. Para las personas profesionales se buscó los perfiles más cercanos a la atención directa, dejando de lado aquellos destinados a la Administración, liderazgo y gestión del centro. Es decir, se cubrieron las áreas de atención directa a la persona usuaria, con un número de participantes acorde al número total de profesionales por disciplina. Además, después de realizar la selección, cada uno de los centros indicó la disponibilidad horaria, interés en el estudio y capacidad de participación para determinar la muestra final.

2.4. Recogida de datos

La toma de datos para el estudio se realizó a partir de la entrevista y el grupo focal.

El objetivo de la entrevista es: “establecer un diálogo que permita obtener información profunda y contextualizada, sin inducir ni forzar las respuestas” (Zarco Colón et al., 2019, p. 85). Se utilizaron entrevistas semiestructuradas con la intención de obtener información con respecto a la estructura arquitectónica del edificio. Cada entrevista empezó con una primera pregunta exploratoria acerca de la rutina de la persona entrevistada en el centro para después ir poco a poco descifrando el impacto de los espacios por donde establece su rutina, con sus intereses y expectativas. El tiempo disponible para cada entrevista se estableció en 60 minutos, aunque se fue adaptando a las necesidades de cada persona entrevistada.

El grupo focal es una variante del grupo de discusión, una técnica cualitativa donde un conjunto de participantes reproduce a escala microsocial, la situación macrosocial objeto del estudio, con el objetivo de conseguir un discurso colectivo susceptible de ser analizado (Zarco Colón et al., 2019, p. 117). El tiempo disponible para cada grupo focal se estableció en 120 minutos para no interferir todavía más en el funcionamiento del centro y el trabajo de sus profesionales. Utilizamos grabadoras para recoger el audio de la actividad y posteriormente lo analizamos junto a las entrevistas, tal y como se indica en el siguiente apartado.

2.5. Análisis de datos

El análisis de las entrevistas se realizó junto con los grupos focales siguiendo el método de análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Los pasos de los que se compone este método son: 1) Familiarizarse con los datos; 2) Generar códigos iniciales, 3) Buscar campos semánticos; 4) Revisión de los campos semánticos; 5) Definición de los campos semánticos; y 6) Redacción del informe.

2.6. Muestra

Los centros del Imserso son equipamientos sociales de ámbito estatal que ofrecen diferentes servicios, recursos y apoyos para personas con discapacidad o en situación de dependencia. Se trata de grandes edificios de carácter sociosanitario creados en contextos muy diversos. Todos estos centros han sido concebidos basándose en un modelo tradicional de cuidados, lo que se traduce en edificios institucionales de gran escala, poco hogareños, y caracterizados por una baja promoción de la autonomía. Los centros de atención a personas con discapacidad física (CAMF) del Imserso están destinados a personas que carecen de posibilidades razonables de recuperación profesional o que tienen dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en régimen domiciliario por la gravedad de su discapacidad. Este estudio se centra en tres centros: el CAMF Guadalajara, el CAMF Alcuéscar y el CAMF Pozoblanco (figura 1) cuyas características principales se detallan en la tabla 1.

Figura 3. Ubicación de los centros del Imserso y resaltados los tres centros de este estudio



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Características de los centros estudiados

	CAMF Guadalajara	CAMF Alcuéscar	CAMF Pozoblanco
Fecha recogida de datos	Noviembre 2021	Marzo 2023	Marzo 2023
Número de entrevistas y perfiles	14: personal sociosanitario (7), personal técnico (4), personas usuarias (2) y familiares (1).	6: personas usuarias (6)	4: personas usuarias (4)
Número de grupos focales y perfiles	0	1: personal sociosanitario (4), personal rehabilitación (2), personal técnico (3)	1: personal sociosanitario (6), personal rehabilitación (3), personal administración (1)
Plazas ocupadas internado y mediopensionistas	90 y 11	76 y 1	79 y 2
Número de plantas edificio	4 (dos sótanos, baja y primera)	3 (sótano, baja y primera)	3 (baja, primera y segunda)
Número de habitaciones (total y ocupadas)	122 y 102	120 y 81	97 y 85

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Visión aérea del CAMF Guadalajara

Fuente: Google Maps.

Figura 5. Visión aérea del CAMF Alcuéscar

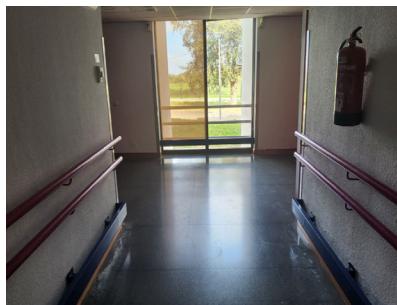
Fuente: Google Maps.

Figura 6. Visión aérea del CAMF Pozoblanco

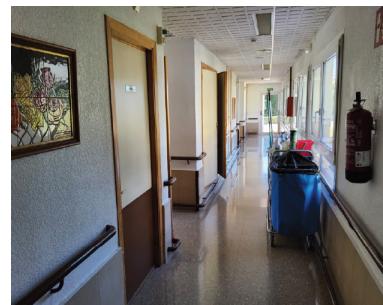
Fuente: Google Maps.

Figura 7. Fotografía pasillo CAMF Guadalajara

Fuente: elaboración propia.

Figura 8. Fotografía pasillo CAMF Alcuéscar

Fuente: elaboración propia.

Figura 9. Fotografía pasillo CAMF Pozoblanco

Fuente: elaboración propia.

Figura 10. Fotografía comedor CAMF Guadalajara



Fuente: elaboración propia.

Figura 11. Fotografía comedor CAMF Alcuéscar



Fuente: elaboración propia.

Figura 12. Fotografía comedor CAMF Pozoblanco



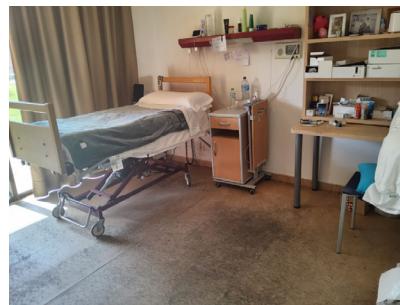
Fuente: elaboración propia.

Figura 13. Fotografía habitación CAMF Guadalajara



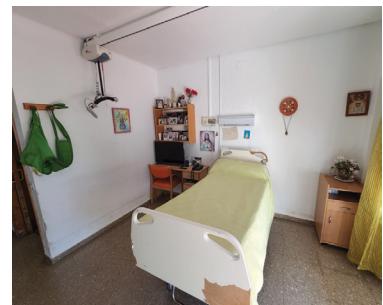
Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Fotografía habitación CAMF Alcuéscar



Fuente: elaboración propia.

Figura 15. Fotografía habitación CAMF Pozoblanco



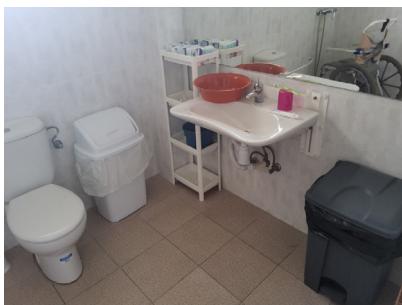
Fuente: elaboración propia.

Figura 16. Fotografía cuarto de baño CAMF Guadalajara



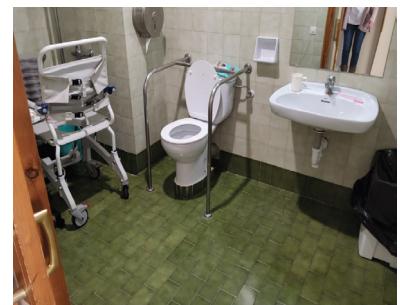
Fuente: elaboración propia.

Figura 17. Fotografía cuarto de baño CAMF Alcuéscar



Fuente: elaboración propia.

Figura 18. Fotografía cuarto de baño CAMF Pozoblanco



Fuente: elaboración propia.

3. Resultados

Los resultados obtenidos con el análisis temático inductivo se agrupan en cuatro campos semánticos que son: 1) la relación del edificio hacia el exterior; 2) instalaciones obsoletas y problemas de mantenimiento; 3) inseguridades derivadas; y 4) criterios organizativos y estructurales. A su vez, cada campo semántico se subdivide en distintos subcampos, tal y como se detalla a continuación.

3.1. Relación del edificio hacia el exterior

3.1.1. *Condicionantes derivados de la ubicación del centro*

La ciudad o el pueblo donde se ubica el centro condiciona la conexión de las personas usuarias con sus seres queridos y la oferta de actividades a realizar. Por ejemplo, sobre Alcuéscar (ubicado en la provincia de Cáceres) mencionan que no está bien comunicado con el transporte público (lo que les aísla de sus seres queridos porque reciben menos visitas). Además, al ubicarse el pueblo en la falda de una montaña, tiene unas pendientes muy pronunciadas que limitan los desplazamientos en silla de ruedas. Por último, al ser Alcuéscar un pueblo pequeño (2459 habitantes), la oferta de actividades está muy limitada.

No tiene nada, sinceramente, porque es un pueblo... perdido de la mano de Dios y yo estoy acostumbrado... porque yo vengo de Madrid entonces qué quieras que te diga. Pero bueno... [CAMF Alcuéscar Residente Interno 5].

Además de la ciudad, el entorno urbano inmediato resulta determinante. En cuanto a las aceras, nos informan que algunas no son accesibles, bien sea porque son estrechas, por los materiales del pavimento o por los obstáculos que se encuentran. Sobre la materialidad, les disgustan las aceras de adoquines por el tráqueo que generan en las sillas (especialmente incómodos cuando manejan la silla con la boca y les golpea los dientes) e indican que el pavimento de muchas de ellas está desnivelado. En referencia a los obstáculos que se encuentran mencionan dos, los coches mal aparcados y los excrementos de perros.

Porque aparca la gente donde le sale. A lo mejor te tiras 100 metros de acera, llegas al final, y te encuentras un coche aparcado... yo me giro y puedo dar la vuelta, pero a lo mejor hay gente que no se gira. (...) Y eso que hay... vas por la acera, esta acera de aquí... parece que vienen todos los perros del pueblo, todos los perros vienen ahí a cagar. Coño... si tienes un animal, tenlo con todas sus consecuencias. No que... llego, ahora lo piso, y llego al cuarto y lo pongo todo perdido (...) ¿Por qué me tengo yo que manchar con la mierda de tu perro con...? [CAMF Pozoblanco Residente Interno 4].

Crean que la comunidad de vecinos debería estar más concienciada sobre lo que implica tener un centro para personas usuarias de silla de ruedas. En ocasiones, estas personas acaban desplazándose por las carreteras a pesar del peligro de seguridad que supone.

Ellos van por la carretera, entonces, todo el mundo que viene aquí dice: pero, ¿y ese loco qué hace por la carretera? Pero es que va más seguro por la carretera que por la acera, para que veas el peligro que es ir por la carretera, además que es una carretera que es una lateral, además que comunica..., que hay mucho tránsito... [CAMF Alcuéscar Grupo Focal Profesionales].

3.1.2. ¿A dónde van cuando salen del centro?

Los servicios a los que acuden suelen ser los restaurantes, bares, cafeterías, casinos, supermercados (para comprar comida y productos de aseo personal), mercadillos, tiendas de ropa, estancos, bancos, centros comerciales, ortopédicas, cines, teatros, centros de salud y hospitales. En ocasiones, en los comercios los vendedores salen a la puerta a atenderles porque no pueden pasar. Tampoco están adaptados los cines ya que ven la película o demasiado cerca de la pantalla o desde el pasillo.

3.1.3. ¿Cómo se desplazan cuando salen?

Hay personas que salen muy frecuentemente del centro y otras que no. Los centros suelen permanecer abiertos hasta las 23 h y si quieren volver más tarde, tan sólo deben avisar. Las personas residentes en los CAMF salen del centro solos, con otros residentes, acompañados por algún profesional del centro, o con las personas que les visitan. Las limitaciones para salir pueden ser debido a su propio cansancio, o porque no se pueden desplazar con su silla sin sufrir molestias. No suelen usar el transporte público por la baja frecuencia de los buses y por la limitación al número de sillas por bus. Cuando los trayectos son largos, suelen pedir un taxi adaptado desde la centralita que pagan con su propio dinero. O bien, utilizan la furgoneta del centro para unas salidas programadas.

3.1.4. La piel del edificio

La primera impresión que generan los centros no suele ser positiva, ya que los identifican como “mastodonte de centro”, un “macrocentro”, algo “desangelado”. Les parece que su estética es demasiado institucional. El aspecto de los pasillos les transmite la imagen de un centro sanitario, como un hospital.

En cuanto a los espacios exteriores de los centros, no se suelen utilizar demasiado, sobre todo por el clima y la inestabilidad de la temperatura, o porque su suelo no está nivelado. Los tres centros tienen patios interiores que usan para tomar el sol, ver las plantas, salir a fumar o a alimentar a los pájaros. Estos patios se utilizaron mucho durante el confinamiento por lo que muchos residentes lo asocian a la pandemia. La mayoría de las personas prefiere salir del centro que quedarse en el patio. Incluso los que no pueden salir se acercan a la entrada para ver pasar a la gente.

A nuestros usuarios les encanta la calle (...) que los patios son muy bonitos, pero ellos ni el patio central usan, quieren salirse a la calle, a la puerta (...) porque a ellos les gusta uno que pasa, que les dice, que les habla, que tal, que... [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

3.2. Instalaciones obsoletas y problemas de mantenimiento

3.2.1. Uso intensivo del edificio

Debido al uso intensivo de sillas de ruedas, los suelos, las paredes, los marcos de las puertas y los armarios se estropean con mucha frecuencia. Indican que los edificios son antiguos y además se utilizan de manera

ininterrumpida, puesto que se convierten en la casa de muchos/as residentes. Reiteran la falta de mayor mantenimiento y renovación de equipos.

3.2.2. Instalaciones deficientes

Una queja generalizada en los tres centros es el sistema de aire acondicionado que, en ocasiones, no existe, o bien no funciona, o no se puede regular por habitación. Las personas usuarias son muy sensibles a la temperatura y llegan a dejar de hacer actividades cuando la temperatura no es confortable.

Porque como yo pase mucho calor, no... todo lo que te he dicho que hago... (...) No lo puedo hacer [CAMF Pozo-blanco Residente Interno 1].

También flaquea el sistema de calefacción y en algún centro tienen cortes eléctricos. Además de problemas de fontanería (con tuberías de hierro oxidado), de saneamiento (con desagües de duchas atascados) y de impermeabilización (con goteras y charcos por el edificio). La conexión a Internet y wifi en los centros suele ser muy baja, lo que condiciona la calidad de sus videollamadas.

Los ascensores también son antiguos y no se corresponden con las necesidades de las personas residentes. La cabina suele quedar pequeña (en ocasiones salen marcha atrás), no pueden accionar los botones y tampoco tienen llamada por voz. No existen las innovaciones tecnológicas en las habitaciones que facilitarían, por ejemplo, la subida y bajada de persianas, el control de la luz o la regulación de la temperatura.

3.2.3. Puertas que limitan la autonomía

En ocasiones, las puertas de la propia parcela o del centro no son accesibles por lo que no pueden acceder de manera autónoma. En algunos centros hay puertas automáticas en determinadas salas, pero los sensores no detectan a las personas usuarias de silla de ruedas porque están regulados a mayor altura. Muchas puertas del centro se quedan abiertas porque las personas usuarias no se detienen a cerrarlas o no las cierran porque no pueden. Además, cuando consiguen cerrarlas, como les cuesta, se producen golpes y marcas.

Y bueno, los que más o menos podemos... Ya nos cuesta de por sí. Así que los que no puedan, pobrecillos, a esperar que vea alguien a.... empujar la puerta [CAMF Alcuéscar Residente Interno 4].

3.3. Inseguridades derivadas

3.3.1. Desconfianza y miedo a los hurtos

Cuentan que no suelen tener objetos de mucho valor en las habitaciones. Una mujer nos informa que siempre lleva su cartera en el bolso y va con él a todos los sitios, incluso al comedor, ya que le cuesta mucho cerrar la puerta de su habitación con llave. Suelen colocar una cuerda en la puerta para cerrarlas con mayor facilidad.

Comparten que es muy difícil tener el edificio completamente cerrado ya que hay muchas puertas al exterior y se suelen quedar abiertas. Algunas profesionales se sienten inseguras en el edificio por si entra una persona extraña.

3.3.2. *Evacuación en caso de incendio*

En cuanto al fuego, les preocupa no poder evacuar a las personas usuarias en caso de incendio. Además, saben que las camas no salen por las puertas y tampoco podrían usar los ascensores, por lo que no comprenden de qué manera podrían transportar a las personas, especialmente a aquellas más corpulentas.

Si aquí hay un incendio las eles son ratoneras y no podemos sacar a la gente (...) Ascensores no se pueden utilizar. ¿Los tiras por las escaleras? Rampas no hay (...) No queremos pensarlo [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

3.4. Criterios organizativos y estructurales

3.4.1. *Selección de habitación para cada residente*

La selección de la habitación se hace en función de dos criterios: 1) las ayudas que requiera la persona usuaria en su habitación según su capacidad; y 2) la proximidad a la zona de enfermería, terapias, y control de cuidadora en función de su movilidad y estado de salud. En algunos centros todas las habitaciones tienen grúas de techo mientras que en otros no. En cuanto a la ubicación, a las personas encamadas las sitúan cerca del control de cuidadoras y a las que tienen más dificultad para desplazarse, las ubican en la planta baja del edificio. Comentan que les gustaría que las habitaciones se pudieran adaptar a las características particulares de la persona usuaria y no al revés.

No tengas esos inconvenientes de decir: no, pero tienes que ir a la 7 porque no hay grúa de techo, el váter es bajo, no se puede agarrar por la derecha y no se puede bañar. No sé, un poco así el ejemplo de poner que todo cumpla una (...) Nos condiciona a que un usuario no pueda elegir en qué habitación pueda ir, sino que tiene que ir a la que tiene el váter alto porque ese váter es que como es de ladrillo no hay manera de quitarlo. En fin... [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

Un centro con habitaciones organizadas en pequeños grupos confirma que esa distribución resultó conveniente durante la pandemia para poder sectorizar.

3.4.2. *Cuartos de baño y tipo de aseo*

Las barras de agarre y la altura del inodoro en el cuarto de baño resultan fundamentales para promocionar la autonomía en las transferencias. En algunos centros los cuartos de baño son muy poco accesibles.

Está el hemipléjico con esta mano así y se está duchando no sé qué, tienes que dejarla, se me ha caído la alcachofa, voy a cogerla, otra vez, golpe con el este. Es que estoy harta de ir a las duchas y sé todas las dificultades que tienen, o sea, que ninguno en nuestra casa, ninguno, ninguno, ninguno, tenemos los baños como los tienen aquí [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

El tamaño y distribución del cuarto de baño condiciona si la ducha tiene lugar en su cuarto de baño o en el baño geriátrico. En dos de los centros utilizan los baños geriátricos porque la bañera portátil no cabe o no se puede maniobrar con seguridad. Las cuidadoras prefieren bañarles en horizontal, aunque esto suponga sacarles de su habitación para llegar al baño geriátrico.

Es que yo me quedo más tranquila duchándolo en la bañera, pero no por mí, sino por él, porque se queda super limpio, no tiene la misma altura, tú ves si tiene alguna escara, si no tiene, si tiene alguna rozadura [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

Sin embargo, para los residentes resulta una experiencia desagradable.

El cuarto de baño, pues tenemos que salir fuera de la habitación, ir al baño geriátrico. Y eso a mí me da mucha vergüenza, que te lleven por mitad del pasillo, con una manta puesta que no te vean... Y algunas veces, está el geriátrico ocupado y tienes que esperarte allí... [CAMF Pozoblanco Residente Interno 1].

En otro centro, en lugar de sacarlos al baño geriátrico, utilizan una silla de baño inclinable. Aunque ducharles sentados resulta más incómodo para las cuidadoras, consideran que es una mejor experiencia para la persona residente y que ya hay ocasión de revisar bien todo el cuerpo cuando les tumban en la cama para vestirles o ponerles el pañal.

3.4.3. Comedores y gestión de las comidas

En algunos centros hay personas encamadas a las que se les alimenta en su habitación. En un centro en particular (visitado en 2022) seguían sirviendo la comida a todas las personas residentes en sus habitaciones desde la pandemia.

En otro centro contaban con pequeños comedores distribuidos por el edificio, que se utilizaron exclusivamente durante la pandemia. En estos pequeños comedores se generaba un entorno más familiar con menos personas usuarias y el mismo equipo de cuidadoras.

Os lo prometo que a mí me parecía positivo. Cuando antes se desayunaba en los módulos, es verdad que para el organigrama y el trabajo de aquí los niños es una patada en la barriga porque... [CAMF Alcuéscar Grupo Focal Profesionales].

Consideran que la organización en pequeños comedores es más costosa a nivel organizativo del personal. También resultaba más difícil controlar la temperatura de la comida porque la distancia desde la cocina hasta cada comedor pequeño era más larga y, por lo tanto, tardaban más tiempo.

En dos de los centros disponían de un comedor general donde atendían a todos los comensales en dos turnos. Al tener a todas las personas usuarias juntas podían reducir el personal de cuidadoras y reforzar la vigilancia con una enfermera. Además, el recorrido de la comida desde la cocina era más corto porque estaba ubicado junto a la cocina.

En cualquier caso, el tiempo de las comidas viene condicionado por el horario de cierre de la cocina y por el personal disponible. Por lo general, solían ir con prisas y se acababa convirtiendo en una situación estresante.

Que es una cadena, si nosotros no bajamos las bandejas no friegan y lo tienen que dejar todo recogido y es mucho, entonces, es una cadena [CAMF Pozoblanco Grupo Focal Profesionales].

4. Discusión

Este estudio analiza las limitaciones que el entorno arquitectónico produce en las personas con discapacidad que viven en centros institucionalizados. Sus resultados demuestran que existe una relación directa entre las variables del entorno físico y el comportamiento y bienestar de las personas usuarias. A continuación, analizamos distintos aspectos del estudio como su metodología, los resultados y las principales limitaciones.

En cuanto a la metodología, la participación de las personas usuarias en la definición de nuevos diseños ya ha sido identificada como un factor positivo previamente (Frog, 2014; Sanders et al., 2010). El planteamiento de Holmes (2018) identifica que para poder llegar a desarrollar soluciones de diseño inclusivas y elegantes que funcionen para todas las personas es necesario utilizar metodologías inclusivas en el proceso de diseño. Los métodos de diseño inclusivos reconocen el valor añadido de las personas usuarias –que normalmente se ven excluidas del proceso de diseño– en un proceso de co-diseño con las personas, y no únicamente para ellas. En este sentido, incorporar un enfoque inclusivo y diverso puede constituir una fuente de innovación, estableciendo un marco de mayor creatividad y, por tanto, crecimiento y catalizador de nuevos servicios y productos. En efecto, cada vez que se diluye una barrera física o social se genera una nueva oportunidad para que más personas puedan contribuir a la sociedad de manera significativa. En este contexto, la reflexión en arquitectura y planeamiento todavía tiene barreras que superar. Más allá de la resolución del diseño en materia de accesibilidad, o del escenario todavía utópico de la regeneración urbana integral para que el parque residencial y los entornos urbanos estén adaptados y sean accesibles, se requiere una reflexión sobre las metodologías de diseñar, y en concreto, en el ejercicio de la arquitectura y planeamiento.

El análisis de los cuatro campos semánticos muestra situaciones que se repiten de forma habitual. En cuanto a la relación del edificio hacia el exterior, la primera limitación existente es la ubicación del centro y su relación con el exterior. Si bien los casos de estudio presentados están ubicados en zonas con una topografía relativamente adecuada, la conexión con el resto del entorno presenta importantes dificultades, entre las que destaca la falta de adecuación del espacio público y las aceras y su correcto mantenimiento. La relación del edificio y la integración del lenguaje arquitectónico con el contexto urbano condiciona también las relaciones sociales interpersonales entre las personas usuarias y el exterior, que suelen ser bastante limitadas y estar condicionadas, una vez más, por la ubicación del centro.

Por otra parte, se trata de edificios que en muchos casos tienen deficiencias importantes en cuanto a confort, instalaciones, accesibilidad, inclusión de tecnologías y problemas de mantenimiento. Además, aparecen problemas de inseguridad asociadas a la geometría y distribución de los espacios, relacionados también con la propia gestión y privacidad de los espacios de mayor intimidad (habitaciones). Por último, los criterios organizativos y estructurales que se identifican redundan en las limitaciones que ofrecen estas infraestructuras y distribuciones espaciales (pasillos, grandes espacios comunes, ausencia de espacios de

convivencia de pequeña escala, etc.) en promover las rutinas diarias y facilitar la autonomía y participación de las personas, tanto en el día a día del centro, como en la interacción e integración social plena.

La naturaleza exploratoria del estudio ha permitido identificar cuatro campos semánticos sobre las relaciones entre el entorno físico y su impacto en las personas usuarias en los tres centros seleccionados. Iniciativas similares pero mucho más ambiciosas, nos llegan desde Suecia con el proyecto de investigación AIDAH (2013-2019) desarrollado por el equipo multidisciplinar de la Universidad Tecnología de Chalmers y la Universidad de Gotemburgo (Gromark y Andersson, 2020). Este proyecto analizaba tipologías y diseños arquitectónicos para una sociedad longeva y entornos de cuidados y salud. Para ello, trabajaron en varios grupos interdisciplinares abordando tres retos sociales interrelacionados: 1) la oferta de distintas alternativas residenciales en contextos urbanos que den respuesta a un nuevo mosaico de estilos de vida diversos; 2) una mayor adecuación de los servicios de cuidados en respuesta a las necesidades de una población cada vez más envejecida y cómo las viviendas se configuran como nuevos espacios de trabajo y cuidados; y 3) un tercer tema enfocado en arquitectura sanitaria y de cuidados, considerando la totalidad de situaciones residenciales y sociosanitarias, también las institucionales, como hospitales o unidades de cuidados intensivos. El informe resultado de este proyecto recogía un estado del arte de las investigaciones existentes sobre la relación entre el entorno físico en la arquitectura sociosanitaria y los centros de cuidados, así como los resultados médicos para la mejora de la calidad de vida y el bienestar. Así, los principios de los nuevos diseños se basan en el objetivo de promover entornos restaurativos o curativos, basados en un diseño de aspecto hogareño, que puedan contribuir a la recuperación del paciente, reducir infecciones y caídas, ayudar al personal a reducir el estrés e incrementar la implicación del paciente y las familias en los procesos de cuidados.

Además, este proyecto sueco enfatiza que lo que se considera como la primacía en la calidad residencial es que la atención sanitaria se desarrolle en el hogar, basándose en la hipótesis de que los entornos residenciales pueden volverse más capaces de promover procesos de curación, que respondan plenamente a las demandas y deseos de sus habitantes. A mayor diversidad de fórmulas residenciales y nuevas ofertas y servicios a domicilio, con una integración de los cuidados en el día a día, la consecuencia es una progresiva desaparición de soluciones residenciales institucionales más costosas y ya obsoletas.

Por último, en cuanto a las limitaciones del estudio, cabría señalar la dificultad de incorporar la participación de personas con discapacidad cognitiva en las entrevistas, lo que limita acercarse a sus necesidades. Por otro lado, tanto la entrevista como el grupo focal dependen de la capacidad de palabra y argumentación de la persona participante, y no permite expresarse a través de otros medios con los que quizás se podría sentir más cómoda y comunicativa. Además, la selección final de personas participantes por parte de cada centro, en función de su disponibilidad e interés, puede condicionar los discursos resultantes.

5. Conclusiones

Como conclusión, el análisis cualitativo de las entrevistas y los grupos focales llevados a cabo en tres centros institucionalizados donde viven personas con discapacidad muestra que el entorno arquitectónico ofrece limitaciones a distintos niveles. En primer lugar, la ubicación de la parcela limita la conectividad con

el entorno, la existencia de servicios o tejido comercial u oferta lúdica, la permeabilidad con el espacio público circundante, las relaciones con familiares o amistades y los tipos de relaciones que se establecen con el tejido social o la comunidad hacia el interior y el exterior del edificio. En segundo lugar, la antigüedad de los edificios y la falta de mantenimiento y reformas continuadas, junto con un uso intensivo, conlleva un desgaste acusado y unas instalaciones obsoletas y limitantes. En tercer lugar, el entorno construido también acentúa la sensación de inseguridad sobre todo frente a los hurtos y a los incendios. En cuarto y último lugar, los condicionantes estructurales (diseño de comedores, habitaciones y cuartos de baño) determinan la organización de las rutinas diarias y del personal, así como la gestión de los protocolos y procesos en las comidas, alojamiento de residentes o rutinas de aseo e higiene personal. En definitiva, los centros analizados presentan carencias graves que limitan la autonomía de las personas con discapacidad o sin ella que residen en él.

A pesar de la importancia de las cuestiones de accesibilidad universal en el entorno construido, no se ha incorporado un análisis temático específico respecto a este aspecto porque se considera evidente la relación directa entre la falta de adecuación del entorno construido y la promoción de la autonomía. Como puede verse en el análisis, aparecen cuestiones referentes a la accesibilidad en todos los apartados, desde el diseño del espacio público del entorno hasta la autonomía para poder abrir las puertas o las limitaciones para elegir habitación en función de las ayudas técnicas que puede haber. Se trata de un tema que ha sido estudiado en profundidad en el desarrollo del proyecto, por lo que se abordará en futuras publicaciones.

Tal como se ha indicado previamente, en este artículo se analizan sólo 3 de los 12 centros objeto del estudio debido a la similitud de características arquitectónicas, necesidades detectadas y tipos de perfiles de personas usuarias. No obstante, se trata de un estudio de tipo exploratorio, alineado con la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización, pero que requeriría una investigación a nivel nacional donde pudiera recogerse una muestra de centros representativa de distintas tipologías, contextos urbanos, personas usuarias y trabajadoras y estado de conservación del edificio, así como otras cuestiones técnicas. De igual forma, la investigación cualitativa debería considerar aspectos sobre el patrimonio cotidiano, la recuperación de los valores arquitectónicos y de los oficios en la sociedad y la necesaria reflexión sobre las distintas tipologías y alternativas residenciales que deben desarrollarse para dar respuesta a las preferencias y deseos de la población. Además, más estudios son necesarios para promover políticas de diseño basadas en evidencias que permitan evaluar y relacionar parámetros arquitectónicos y de materialidad de las obras, con la calidad de vida y con la inversión económica necesaria.

Por último, es preciso mencionar la urgencia de ofrecer alternativas de alojamiento y servicios que promuevan la autonomía personal y la desinstitucionalización de las personas con discapacidad o en situación de dependencia. Este trabajo se ha centrado en el análisis de la situación actual para profundizar en las limitaciones existentes. En futuros trabajos se presentarán las propuestas de mejora planteadas para dar respuesta a las necesidades detectadas a partir de la revisión de casos de estudio y buenas prácticas a nivel internacional.

Referencias bibliográficas

Barton, H. y Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252-253.

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M. y Siegel, B. (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 279-286. <https://doi.org/10.1007/BF03324451>.

Cambra-Rufino, L., Pozo Menéndez, E. y Bentué Gómez, L. (2023). *Estrategia metodológica de evaluación de la adaptación de la estructura de los centros del Imserso al modelo de atención integral centrado en la persona. Imserso*.

Cermi (10 de abril de 2019). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 9 de abril de 2019. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <http://www.convenciondiscapacidad.es/2019/04/10/observaciones-finales-sobre-los-informes-periodicos-segundo-y-tercero-combinados-de-espana-del-comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-9-de-abril-de-2019/>.

Cocemfe (2022). *Impactos de la Covid-19 en centros residenciales de Cocemfe*. Cocemfe. <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2022/07/estudio-impactos-covid-19-centros-residenciales-cocemfe-discapacidad.pdf>.

Comisión Europea (2010). *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. COM(2010) 636 final. Unión Europea. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:es:PDF>.

Comisión Europea (2021). *Una unión de la igualdad. Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones*. COM(2021) 101 final. Unión Europea. <https://bit.ly/3labPty>.

Comisión Europea (2022). *AccessibleEU*. https://accessible-eu-centre.ec.europa.eu/index_en.

Edvardsson, D., Backman, A., Bergland, Å., Björk, S., Bölenius, K., Kirkevold, M., Lindkvist, M., Lood, Q., Lämås, K., Lövheim, H., Sandman, P.-O., Sjögren, K., Sköldunger, A., Wimo, A., y Winblad, B. (2016). The Umeå ageing and health research programme (U-Age): exploring person-centred care and health-promoting living conditions for an ageing population. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 168-174. <https://doi.org/10.1177/2057158516645705>.

España. Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de abril de 2022, núm. 78, pp. 1-8. [https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-5140#:~:text=%C2%ABk\)%20Accesibilidad%20universal%3A%20es,y%20de%20la%20forma%20m%C3%A1s](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-5140#:~:text=%C2%ABk)%20Accesibilidad%20universal%3A%20es,y%20de%20la%20forma%20m%C3%A1s).

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. 1-30. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>.

España. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). *Boletín Oficial del Estado*, 3 de diciembre de 2003, núm. 289, pp. 1-18. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>.

España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de diciembre de 2018, núm. 294. pp. 1-68. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>.

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. 1-44. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>.

Disability Intergroup (19 de julio de 2022). *AccessibleEU centre: a first step towards an EU agency on accessibility*. European Disability Forum. <https://www.edf-eph.org/accessibleeu-centre-a-first-step-towards-an-eu-agency-on-accessibility/>.

Frog (2014). *Bringing users into your process through participatory design*. <http://www.slideshare.net/frogdesign/bringing-users-into-your-process-through-participatory-design>.

Gromark, S. y Andersson, B. (Eds.). (2020). *Architecture for residential care and ageing communities: spaces for dwelling and healthcare*. <https://doi.org/10.4324/9780429342370>

Holmes, K. (2018). *Mismatch: how inclusion shapes design (simplicity: design, technology, business, life)*. 1st ed. The MIT Press.

Instituto Nacional de Estadística (4 de noviembre de 2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. Año 2008* [nota de prensa]. INE. <https://ine.es/prensa/np524.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística (2022a). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2020). Datos 2020*. INE. <https://bit.ly/3HneLJn>.

Instituto Nacional de Estadística (13 de octubre de 2022b). *Proyecciones de población 2022-2072* [nota de prensa]. INE. https://ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf.

Martín-Moreno, J. M., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Franco, M., García-Basteiro, A. L., Gestal, J., González López-Valcárcel, B., Hernández Aguado, I., Legido-Quigley, H., March, J. C., Minué, S., Muntaner, C. y Vives-Cases, C. (2022). Insight on how to assess and improve the response to the COVID-19 pandemic. *Gaceta sanitaria*, 36(1), 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.008>.

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024). *Información sobre discapacidad*. <https://www.mdsociales2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/informacion/index.htm>.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). *Estrategia Estatal de Desinstitucionalización*. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/estrategia/>.

Navas, P., Amor, A. M., Verdugo, M. Á., Crespo, M. y Martínez, S. (2020). COVID-19 y discapacidades intelectuales y del desarrollo: impacto del confinamiento desde la perspectiva de las personas, sus familiares y los profesionales y organizaciones que prestan apoyo. Plena inclusión España e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca). https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/00_informe_covid-19_y_discapacidades_intelectuales_y_del_desarrollo.pdf.

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. OMS y Banco Mundial. <https://www.who.int/es/publications/item/9789241564182>.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Discapacidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#:~:text=Se%20calcula%20que%201300%20millones%20de%20personas%2C%20es%20decir%2C%20el,la%20vida%20de%20las%20personas>.

Pozo Menéndez, E. (2023). *La ciudad para personas con demencia: metodología para integrar el diseño y la calidad de vida en las ciudades europeas* [Tesis doctoral, Universidad Politécnica de Madrid]. Archivo digital UPM. <https://doi.org/10.202868/UPM.thesis.73246>.

Runeson, P. y Höst, M. (2009). Guidelines for conducting and reporting case study research in software engineering. *Empirical Software Engineering*, 14(2), 131-164. <https://doi.org/10.1007/s10664-008-9102-8>.

Sanders, E. B.-N., Brandt, E., y Binder, T. (2010). A framework for organizing the tools and techniques of participatory design. *Proceedings of the 11th Biennial Participatory Design Conference*, 195-198. <https://doi.org/10.1145/1900441.1900476>.

The Centre for Health Design (2018). *Building the evidence base: understanding research in healthcare design*. EDAC.

Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: design and methods*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:169945812>.

Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A. y Palmar Santos, A. M. (2019). *Investigación cualitativa en salud*. Centro de Investigaciones Sociológicas.