

ESPACIOS PARA LA TERCERA EDAD CÓMO PROYECTAR LA RESIDENCIA DEL FUTURO



TFG_GRUPO D1
CURSO 2016/2017

TUTORA; María del Carmen Martínez Quesada
ALUMNO: Miguel Orozco Martín

Agradecimientos

Agradecer a la residencia Seniors Ronda las facilidades que me han dado para poder desarrollar esta investigación, a sus trabajadores y residentes.

A mi tutora, María del Carmen Martínez Quesada por su dedicación y ayuda, siempre tan necesaria para encontrar los caminos correctos.

A mi abuela, por ser la inspiración para buscar nuevos caminos que proporcionen mejor calidad de vida a nuestro mayores.

A mis padres, siempre a ellos.

ÍNDICE

1. TÍTULO.....	6
2. RESUMEN(ABSTRACT).....	6
3. INTRODUCCIÓN.....	8
4. CRONOLOGÍA DEL CONCEPTO ENVEJECIMIENTO.....	10
4.1 UNA VISIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO	10
4.2 TEORÍAS GERONTOLÓGICAS.....	13
5. AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO.....	16
5.1 LA VISIÓN ACTUAL.....	17
5.2 POLÍTICAS SOCIALES.....	19
5.3 UNA RESPUESTA ARQUITECTÓNICA.....	20
5.3.1 LA RESIDENCIA COMO MODELO TIPOLOGICO.....	25
5.3.2 EL PROCESO DANÉS.....	30
5.3.3 INNOVACIONES EN LAS RESIDENCIAS ALEMANAS.....	32
5.3.4 LA VIDA EN LA RESIDENCIA.....	34
5.4 ENVEJECIMIENTO Y ARQUITECTURA.....	43
6. HIPÓTESIS.....	46
7. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	46
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	46
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
8. METODOLOGÍA.....	47
8.1 MÉTODO.....	47
8.2 MATERIALES.....	47
8.3 TÉCNICAS.....	47
9. DESARROLLO.....	48
9.1 ANÁLISIS DE MODELOS TIPOLOGICOS.....	48
9.2 CASO DE ESTUDIO: LA RESIDENCIA SENIORS RONDA.....	52
9.3 ANÁLISIS DE ENCUESTAS Y ENTREVISTAS.....	58
9.4 LA INCIDENCIA DE LA NORMATIVA EN ANDALUCÍA.....	60
10. DISCUSIÓN. ASPECTOS FUNDAMENTALES EXTRAÍDOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
11. CONCLUSIONES. LA RESIDENCIA DEL FUTURO.....	72
12. BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXO I: FICHAS ANALÍTICAS SOBRE MODELOS TIPOLOGICOS DE RESIDENCIAS.....	80
ANEXO II: ENTREVISTAS Y ENCUESTAS DE ELABORACIÓN PROPIA.....	96

1. TÍTULO

"ESPACIOS PARA LA TERCERA EDAD. CÓMO PROYECTAR LA RESIDENCIA DEL FUTURO."

La investigación desarrollada por este TFG se inscribe dentro de la línea "Arquitectura y Salud" del grupo de investigación Healthy Architecture & City del Departamento de Proyectos Arquitectónicos de la ETSA de la Universidad de Sevilla, tutorizado por María del Carmen Martínez Quesada, y pretende ser una herramienta más dentro de un ámbito de investigación de mayor extensión.

2. RESUMEN

Esta investigación se enfrenta al problema del envejecimiento desde una perspectiva arquitectónica y social. Desde hace décadas se están incrementando los estudios sobre las consecuencias que la variación de las estructuras demográficas van a tener en el futuro, convirtiendo el envejecimiento en centro de diversos protocolos de actuación que aseguren la sostenibilidad del sistema en que se vive. Frente a este panorama la arquitectura debe dar una respuesta a un reto de la humanidad que está modificando sustancialmente los modelos establecidos, y resolver en la medida de lo posible, las alternativas residenciales para las personas de la tercera edad.

El principal objetivo de la investigación se centra en la situación actual del modelo de residencia para mayores, enfocado en la comparativa entre casos desarrollados en Europa y España y observar si dicho modelo resuelve las necesidades existentes para buscar un conjunto de condicionantes que intervienen directamente en el diseño proyectual de estos edificios para así obtener una serie de normas concretas que mejoren las condiciones de esta tipología.

Para ello la metodología usada se basará en la cualidad y la comparación de las diversas teorías gerontológicas y su aplicación a los modelos arquitectónicos. Una vez delimitado el estado de la cuestión, se realizará el estudio de proyectos y normativas mediante una serie de tablas con las que observar los elementos analizados, desde diferentes conceptos arquitectónicos, para obtener conclusiones respecto de la tipología estudiada.

Con esto la conclusión a extraer en esta investigación es determinar como la arquitectura puede convertirse en una disciplina fundamental, cuando los ciudadanos necesitan vivir en espacios que posibiliten una serie de condiciones adaptadas a su capacidad física y social. Los datos extraídos serán aplicados al proyecto arquitectónico para mejorar las condiciones de salud y envejecimiento. Así se podrán identificar los elementos determinantes en el ejercicio proyectual, anteponiendo los datos empíricos y contrastados a las apelaciones teóricas e interpretativas del proyecto arquitectónico. Se pone de manifiesto que en la sociedad en la que vivimos el rol del arquitecto pasa por aportar un conocimiento útil a los ciudadanos más allá del valor artístico y técnico de la profesión, un conocimiento que mejora la habitabilidad, especialmente para los sectores más necesitados o vulnerables.

Palabras clave:

ARQUITECTURA GERIÁTRICA – HABITABILIDAD – ENVEJECIMIENTO – ARQUITECTURA Y SOCIEDAD – MODELO HABITACIONAL

ABSTRACT

This research faces the problem of aging from an architectural and social perspective. Studies on the consequences of changing demographic structures in the future have been increasing for decades, turning aging into the center of various action protocols that ensure the sustainability of the system in which we live. Faced with this scenario architecture must respond to a challenge of humanity that is substantially modifying the established models, and resolve as far as possible, residential alternatives for the elderly.

The main objective of the research is focused on the current situation of the model of residence for the elderly, focused on the comparative between cases developed in Europe and Spain and to observe if this model solves the existing needs to find a set of conditions that intervene directly in the Design design of these buildings in order to obtain a series of concrete norms that improve the conditions of this typology.

For this the methodology used will be based on the quality and the comparison of the various gerontological theories and their application to the architectural models. Once delimited the state of the matter, the study of projects and regulations will be carried out through a series of tables with which to observe the elements analyzed, from different architectural concepts, to obtain conclusions regarding the typology studied.

With this, the conclusion to be drawn in this research is to determine how architecture can become a fundamental discipline, when citizens need to live in spaces that allow a series of conditions adapted to their physical and social capacity. The extracted data will be applied to the architectural project to improve the conditions of health and aging. This way, it will be possible to identify the decisive elements in the planning exercise, putting the empirical and contrasted data to the theoretical and interpretative appeals of the architectural project. It is evident that in the society in which we live the role of the architect is to contribute a useful knowledge to the citizens beyond the artistic and technical value of the profession, a knowledge that improves the habitability, especially for the most needy sectors or Vulnerable.

Keywords: GERIATRIC ARCHITECTURE - HABITABILITY - AGING - ARCHITECTURE
AND SOCIETY - HOUSING MODEL

3. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo cambiante, en el que la sociedad se transforma a una velocidad nunca antes vista, la cual debe afrontar de manera coherente y estricta los procesos de cambio que afectan al modelo de desarrollo instaurado.

El título de esta investigación, ESPACIOS PARA LA TERCERA EDAD. CÓMO PROYECTAR LA RESIDENCIA DEL FUTURO, plantea el análisis de uno de los problemas más relevantes a los que se enfrenta el creciente desarrollo poblacional, el envejecimiento.

Se ha pasado en escasas décadas de una sociedad con unas estructuras poblacionales *sostenibles*, entendiendo este concepto como un modelo de crecimiento demográfico en que el número de nacimientos y fallecimientos es similar, a un nuevo modelo demográfico en el que las personas mayores de 65 años tienden a ocupar tasas poblacionales nunca antes vistas¹. Este fenómeno, derivado del aumento de la calidad de vida y la reducción de la natalidad en los países desarrollados, plantea una serie de retos que deben ser resueltos.

Al hablar de retos sociales no cabe duda que la arquitectura debe posicionarse ante dichas cuestiones. Es obligación de los arquitectos y arquitectas dar respuesta a los problemas intrínsecos a la disciplina que se derivan de las condiciones poblacionales. La arquitectura no puede permanecer ajena a la situación habitacional de este nuevo y cada vez más extenso grupo social y debe, mediante el estudio minucioso y analítico de las condiciones actuales, ser capaz de ofrecer soluciones y procesos objetivos que reviertan en los ciudadanos.

Debe darse una respuesta arquitectónica al reto del creciente envejecimiento, no obstante, se debe abarcar una visión de conjunto de la problemática, ser capaces de entender la relevancia social, económica, política e histórica que esta fluctuación demográfica tiene en nuestros días y sus previsiones de futuro. Tampoco se puede olvidar colocar al usuario de los edificios en el centro del análisis, puesto que son ellos, los destinatarios, el fruto de de la producción de este conocimiento, es para ellos para quienes se debe replantear el proyecto arquitectónico pasando a segundo plano cualquier otra cuestión.

Aunque en el desarrollo del trabajo, se analizarán los diferentes modelos que existen para dar solución al problema habitacional de las personas de la tercera edad, se debe antes de nada, explicar porque se toma el modelo institucional de las residencias de mayores como objeto de estudio. Esto se debe a que, aunque haya modelos alternativos, es competencia de los estados asegurar que este tipo de centros sigan funcionando en los parámetros de capacidad social que establece la OMS² ya que este es el modelo más extendido en España hasta el momento y necesita de una profunda revisión que asegure su correcto funcionamiento presente y venidero.

Hay que analizar esta tipología para que dé soluciones al habitante de la misma, entender cada una de las necesidades que tiene, y la forma de enfrentar problemas complejos como la independencia, la socialización, el desarraigo, la identidad y las condiciones de vida. Se intenta descubrir las características concretas que una residencia debe de cumplir para ofrecer a la sociedad una vía para su habitabilidad lo más saludable posible, otorgando a la última etapa de la vida unas condiciones adaptadas al contexto sin que por ello se limite física, psicológica o socialmente a sus usuarios.

Parte de aquí la hipótesis de esta investigación, la arquitectura puede y debe poner sus herramientas al servicio de los retos sociales, y siendo el envejecimiento uno de los más importantes, no se puede

1 Son muchos los trabajos, informes y estudios que recogen ampliamente las variaciones demográficas que se han producido en los últimos años en nuestro modelo de sociedad. En esta investigación se han consultado datos extraídos de diferentes fuentes bibliográficas como: *Informe Sobre el Envejecimiento Help Age International 2015*, *Las personas mayores en España Imsero 2014* o *Libro Blanco Envejecimiento Activo Imsero 2011*. Referenciados en Bibliografía.

2 *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS, 2002. Referenciado en Bibliografía.*

pasar por alto la necesidad de responder ante él y ofrecer los conocimientos necesarios para el correcto desarrollo y funcionamiento de las alternativas habitacionales que se demandan para este grupo social específico. La investigación se centra en el estudio y análisis de la residencia de mayores como lugar donde poder dar respuesta aunque sea sólo en parte a la situación actual.

El objetivo de este trabajo busca por consiguiente, establecer una serie de pautas, normas y observaciones que incidan directamente sobre el proyecto arquitectónico de las residencias para mayores, intentando ser lo más preciso posible en los datos y conclusiones extraídas, dejando al margen cualquier interpretación metafórica del hecho arquitectónico y sustituyendo el cuerpo argumentativo retórico de la ideación del proyecto por un cuerpo argumental basado en datos objetivos e interpretaciones ajustadas a la realidad de los usuarios y los parámetros contrastados. No se trata por consiguiente de ampararse en la composición arquitectónica como la interacción subjetiva de percepciones creativas, sino por contra, de ajustarse a un requerimiento social dependiente de respuestas contundentes tamizadas por el prisma de la disciplina pero ajustando al máximo la capacidad de concreción y elaboración de conocimiento empírico.

No se está en esta investigación ideando un ensayo sobre envejecimiento y habitabilidad, sino estructurando un proceso de recopilación de datos de carácter científico y comparativo sobre una problemática concreta. La metodología pasa entonces por la constitución de unos antecedentes y un estado actual de la cuestión basados en la recopilación de investigaciones precedentes para tener una visión global del envejecimiento e ir aproximándose poco a poco al usuario como centro de la investigación. Una vez tenida esta visión del problema se analizan una serie de ejemplos de proyectos que abarcan la problemática y el cuerpo normativo que los delimita, y del estudio de ambos pueden extraerse los datos comparativos necesarios para una vez enfrentados poder obtener respuestas.

En este trabajo se ha optado por completar esta metodología con la elaboración de entrevistas y encuestas que aporten la visión de los usuarios de las residencias desde un punto de vista humano, sensitivo o perceptivo.³

Se utilizan como materiales básicos para desarrollar el trabajo, un conjunto bibliográfico de amplio espectro disciplinar y la utilización de datos obtenidos de primera mano a través de las entrevistas y las encuestas. Además el trabajo incorpora una serie de tablas y analíticas de elaboración propia con las que ordenar y sistematizar la información.

Esta investigación pretende consolidar mediante el análisis y la recopilación de datos que la arquitectura es una disciplina de gran importancia para enfrentarse al envejecimiento como reto social. Se espera concluir a través de los datos de la investigación que que las residencias para personas mayores son una alternativa habitacional consistente para el presente y sobre todo para el futuro.

También habría que tener en cuenta en esta investigación una serie de factores que intervienen en la adecuación de estas residencias para sus usuarios que pasan desde una escala urbana al diseño minucioso del mobiliario. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta para que a través de una serie de herramientas; de gestión, planificación y proyecto, puedan estar pautados para resolver los problemas cotidianos a los que las personas mayores residentes en estos edificios, los familiares y los trabajadores se enfrentan.

³ Los datos extraídos de las entrevistas y encuestas de elaboración propia también serán puestos en relación con datos presentes de estadísticas recogidas por los informes de personas mayores elaborados por el Imsero en los años 2004 y 2014. Referenciado en Bibliografía.

4. CRONOLOGÍA DEL COCEPTO ENVEJECIMIENTO: ANTECEDENTES

El *envejecimiento* es un fenómeno complejo, para analizarlo es conveniente tener claro una serie de conceptos con los que la disciplina arquitectónica está poco familiarizada, y también entender el proceso cambiante del concepto a lo largo de la historia. Existe una relación directa entre los enfoques sociales sobre determinados hechos y problemáticas y cómo afectan estos al desarrollo de la arquitectura. Para tener una noción global de este fenómeno y la relación específica entre el envejecimiento y la respuesta que la arquitectura ofrece, enfocado especialmente sobre la residencia, hay que hacer un recorrido histórico como base argumental y proceso de causa-efecto que puedan hacer entender la situación actual.

Se analizan en los siguientes apartados el fenómeno demográfico y social del envejecimiento, su evolución a lo largo del tiempo y sus visiones. Se recopilan las teorías que constituyen las bases que promulga el establecimiento del Estado del Bienestar sobre el fenómeno en cuestión y se abordan cómo las tipologías residenciales se han ido modificando hasta llegar a las actuales concepciones que se tienen de residencia para personas mayores.

4.1 EL ENVEJECIMIENTO: UNA VISIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO

Si se pretende afrontar desde la perspectiva de la arquitectura el gran reto que supone para la sociedad el envejecimiento, se debe tener una visión amplia que ubique el problema al que se enfrenta y su evolución. El envejecimiento poblacional es una cuestión que condiciona el modelo habitacional actual, con implicaciones en diversas disciplinas, y que deviene de una transformación de los procesos demográficos. Responde fundamentalmente a los factores generados por el desarrollo en los países avanzados o en crecimiento, derivados del aumento de la esperanza de vida y el decrecimiento de la tasa de natalidad.⁴ Por ello, no sería correcto plantear las implicaciones de la situación en la que los países desarrollados o en vía de hacerlo se encuentran hoy día, extrapolándola a períodos históricos anteriores a la primera revolución industrial.

Las condiciones de vida anteriores a este período establecían una esperanza de vida tan corta que hablar de un grupo social de ancianos es inviable. Si se centra el estudio en el caso de España, se advierte que esta situación pre-industrial se prolongó en el tiempo, y tal como cuenta Francisco García González (2005) estaríamos hablando que la esperanza de vida en algunas áreas de la geografía española a finales del siglo XVIII no llegaba a los 30 años. La escasa cantidad de personas que llegaban a la vejez explica la inexistencia de una concepción social del cuidado de los ancianos, quedando este grupo marginado a expensas de la beneficencia y el cuidado de la familia.

La familia constituye en España el elemento básico de los cuidados de las personas que alcanzaban la vejez, esto suscita un cambio de paradigma en nuestro tiempo debido a las variaciones de las estructuras familiares, el aumento del individualismo dentro de la sociedad y la incorporación de la mujer al mercado laboral. Pedro Carasa Soto (2005) ya habla de este fenómeno planteando que la familia ha sido la base que ha sustentado la garantía de vejez y capaz de mantener su subsistencia y luchando contra la exclusión social. Niega entonces cualquier implicación del Estado para con este grupo social y Ángeles Valero Lobo (2005) enfatiza la figura de la mujer *cuidadora* como base de este sistema de atención al anciano, haciendo una revisión sobre la familia nuclear y su transformación en el tiempo. Este es un fenómeno que todavía sigue estudiándose en la actualidad como bien recoge el *Informe Estatal sobre Envejecimiento de 2014* del Gobierno de España.

4 Informe Help Age International 2015. Referenciado en Bibliografía

"Por otro lado, además del envejecimiento demográfico, también las transformaciones que se están produciendo en las estructuras familiares constituyen un factor que introduce incertidumbre sobre la viabilidad futura de nuestro actual modelo de cuidados de larga duración. En este sentido, el principal cambio que se avecina es el relativo a la situación laboral de las futuras cohortes de mujeres de mediana edad". (Casado, Guillem, 2001: 208).

Francisco García González (2005) describe la vejez como una disposición social variante en la historia y condicionada al entendimiento del presente. Una cuestión que varía en función de los elementos culturales de las diferentes sociedades y que no abarca necesariamente un grupo de edad sino de capacidad para el colectivo. Por tanto, el concepto actual que tenemos de envejecimiento responde a unas características intrínsecas a nuestro tiempo que son difíciles de trasladar a cualquier momento histórico anterior a la contemporaneidad. Pegerto Saavedra (2005:74) recoge sobre la época preindustrial la siguiente definición *"los que llegaban a viejos se comparaban al barco que arriba a puerto después de un peligroso viaje en medio de tormentas que dejaban maltrecho el casco"*. Por lo que se extrae claramente que la incidencia demográfica de dicho conjunto social estaba lejos de suponer una prioridad social.

Si se atiende a esta valoración histórica, se puede establecer que los planteamientos del envejecimiento poblacional como una cuestión problemática en la sociedad tienen su punto de inicio con la institución del estado del bienestar tal como asegura García Lantarón (2015) en sus tesis doctoral. Claro está, la consolidación del estado del bienestar no es un fenómeno que se instaura en Europa de una manera uniforme, si atendemos a las diferentes experiencias desarrolladas en los estados europeos. Se puede afirmar que existe una preocupación incipiente y prematura en los países nórdicos, los primeros en establecer unos modelos de servicios sociales avanzados que empiezan a tener una repercusión directa en el ámbito arquitectónico y que se extiende posteriormente a los países desarrollados del centro de Europa y Reino Unido.

Así bien se puede centrar las primeras vinculaciones arquitectónicas con el problema del envejecimiento tras la II Guerra Mundial y su desarrollo hasta nuestros días, dejando las primeras actuaciones políticas de los países nórdicos en referencia al envejecimiento como un hecho puntual⁵.

Kenneth Frampton (2009) en su libro *Historia Crítica de la Arquitectura Moderna* ya recoge en los capítulos enfocados sobre el *Estilo Internacional, el Nuevo Brutalismo y la Arquitectura del Bienestar y Las Vicisitudes de la Ideología: Los CIAM y el TEAM-X, Crítica y Contracrítica*; todo el proceso que se produce en el seno de la arquitectura entre los cambios de paradigma que acontecen entre el Movimiento Moderno y su funcionalismo utópico y las nuevas corrientes más multidisciplinares, las cuales abordan una mayor complejidad del hecho arquitectónico. Frente a una arquitectura que se mira a sí misma como una respuesta abstracta a la realidad, entran en juego la complejidad de los sistemas sociales y humanos que sitúan a la arquitectura como una herramienta dentro del desarrollo social y la institución de un nuevo modelo de estructuración socio-política.

5 A finales del siglo XIX ya se promulgan en estos países leyes de marcado carácter social como en Dinamarca que desde 1891 donde la legislación establecía diferencias claras entre ser anciano y ser pobre y como esto afectaba en la utilización de los hospedajes o asilos de beneficencia. Durante las primeras décadas del siglo XX puede consultarse el cuerpo legislativo que fue aprobándose en los países nórdicos implementando los sistemas sociales.



Fig: 4.01 Pancarta muerte CIAM, 1959

En España la situación es muy distinta, tal y como recogen Sancho Castiello y Rodríguez Rodríguez (2001). Se debe tener en cuenta que en nuestro país se vivió una dictadura de casi cuarenta años caracterizada por un hermetismo severo con respecto a cualquiera de las corrientes sociales que se debatían e instauraban fuera de nuestras fronteras. Este hecho provoca que la consolidación del estado del bienestar no pueda llegar hasta que se asumen las políticas sociales de los años ochenta tras la aprobación de la Constitución de 1978.

El primer informe que se realiza en España sobre Envejecimiento data de 1975, el *Informe GAUR* recoge una serie de datos que atestiguan las situaciones lamentables de los ancianos en nuestro país, especialmente duras en materia de capacidad adquisitiva y servicios sociales. Esto comenzaría a cambiar cuando en la década de los ochenta se dispone el sistema de pensiones y el sanitario que mejora significativamente la calidad de vida de los ancianos unido a la implantación de los demás sistemas sociales. El primer *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento* (1982) de la OMS⁶ junto con el *Plan Gerontológico*⁷ (1993) del IMSERSO para las comunidades autónomas terminan de afianzar un camino coherente para enfrentar la situación en un país que arrastraba un retraso histórico.

García Lantarón (2015) también recoge que el problema del envejecimiento, desde una visión arquitectónica, siempre ha sido enfocado en nuestro país hacia la habitabilidad colectiva en detrimento de otras alternativas habitacionales, esto tiene su explicación si nos remitimos al *Informe Gaur* que cita textualmente:

“El hambre, el frío, la falta de higiene, el ambiente cuartelero, están aquí presentes en los alojamientos colectivos para ancianos como subproductos de una situación de miseria que no sólo proporciona la mayor parte de la clientela, sino que además, se instala en el propio centro... Sólo las nuevas residencias construidas estos últimos años se separan de esta tétrica imagen” (Gaur, 1975:14).

6 En este primer Plan sobre el Envejecimiento se establece por primera vez una concienciación internacional del reto que supone este fenómeno poblacional, se realizan una serie de análisis y recogida de datos a nivel global y se establecen una serie de puntos que marcan el camino a seguir para desarrollar las políticas necesarias en los países marcando una pauta en relación con las teorías del momento sobre el envejecimiento. Posteriormente se ha ido periódicamente reajustando los criterios pautados de la OMS en función de la aparición de más estudios y nuevas teorías acerca del envejecimiento y sus implicaciones. Referenciado en Bibliografía.

7 Constituye el primer plan de acción estatal enfocado en el desarrollo de las políticas sociales para el envejecimiento en España. El plan se centra fundamentalmente en las relaciones persona-entorno y la configuración de una estrategia para todo el territorio que unifique los criterios autonómicos.

Ante este hecho Sancho Castiello y Rodríguez Rodríguez (2001) justifican la proliferación del modelo de residencia-hotel como si este fuera una especie de compensación hacia las personas ancianas que no han podido disfrutar de los servicios que otorga un estado con pleno funcionamiento de sus sistemas sociales. La apuesta por este tipo de tipología responde entonces a una necesidad real y a un cierto sentimiento de deuda para con un grupo social que había sido denostado durante las décadas anteriores. También se puede extraer que la rapidez con la que se debía dotar al estado de las instalaciones y servicios necesarios para la vejez se centró en una apuesta consolidada y contrastada en contraposición a modelos posiblemente más complejos y que requerirían de un mayor estudio en diversos campos, social, político y económico.

4.2 TEORÍAS GERONTOLÓGICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Tras la II Guerra Mundial el campo de la Gerontología toma especial relevancia gracias a las aportaciones desde diferentes disciplinas y se establecen una serie de estudios que darán paso a las teorías más influyentes sobre el envejecimiento. Estas teorías tienen especial relevancia para entender las políticas sociales que se establecen en los últimos cincuenta años con respecto a la tercera edad.

- *Teoría de la Desvinculación* (Cummings, Henry, 1961)

Esta teoría asegura que los mayores se desvinculan de la sociedad proporcionalmente a la modernización de la misma. Cuando la sociedad se vuelve más eficiente y más moderna, las personas mayores tienen la tendencia de aislarse de la sociedad.

- *Teoría de la Actividad* (Havinghurst, 1963)

Es una teoría casi antagónica a la teoría de la desvinculación puesto que sostiene que conforme mayor nivel de actividad se mantenga en las etapas finales de la vida se mantiene una mayor calidad de vida.

- *Teoría de la Continuidad* (Atchely, 1971)

Postula que las personas mayores tienden a mantener sus hábitos de vida y estilo de vida. Tienden a sostener su monotonía vital el máximo tiempo posible.

- *Teoría de la Modernización* (Cockerman, 1997)

Esta teoría está estrechamente vinculada con la teoría de la desvinculación, establece que el estatus de las personas mayores es inversamente proporcional al desarrollo tecnológico de la sociedad. Una sociedad con una dependencia intensa de la tecnología deja obsoleto el conocimiento de los mayores que cada vez se sienten más aislados de la sociedad y por tanto aislados de el desarrollo normal de la vida cotidiana.

- *Teoría Ecológica del Envejecimiento (TEE)* (Lawton, Hahemow, 1973)

Esta teoría tiene una relevancia muy importante para la arquitectura puesto que establece una relación directa entre el entorno y la persona. La presión que ejerce el entorno cada vez aumenta mientras que las capacidades personales de los mayores disminuyen. Con el tiempo los autores introdujeron el *Entorno Proactivo*, que contemplaba que la presión que este ejercía no tenía porque ser sólo negativa sino que podía ser beneficiosa. Esta teoría ha sido muy relevante en los últimos años debido a la permeabilidad que permite para otras disciplinas.

- *Teoría del Envejecimiento con Éxito* (Rowe, Kahn, 1987) (Baltes, Baltes, 1990)

Es una teoría complementaria a la teoría ecológica del envejecimiento, que se centra en el propio proceso de envejecer como una pauta evaluable. Se establece un sistema de medida de la calidad del envejecimiento. Baltes y Baltes hacen más compleja la teoría introduciendo los conceptos de Selección, Optimización y Compensación. Esta teoría genera un proceso y metodología muy amplios para estudiar el envejecimiento lo que permite tener un acercamiento más preciso a los problemas reales que el envejecimiento tiene.

- *El Envejecimiento Activo*

Es un concepto que aglutina gran parte de las teorías anteriores y las incorpora de manera equilibrada, también tiene en cuenta las teorías no sólo sociales sino las biológicas y las aportaciones de otras disciplinas. La diferencia principal que convierte al envejecimiento activo en el concepto más trabajado en las últimas dos décadas es la visión positiva del envejecimiento. Hoy día todas las políticas sociales en relación al envejecimiento de los países desarrollados están enfocadas sobre la visión de este concepto. El envejecimiento activo constituye en nuestros días el marco teórico sobre el que la OMS sustenta sus principios para la elaboración de políticas tanto sociales como sanitarias. En España es el Imsero el organismo encargado de tomar estos principios, elaborar conocimiento sobre ellos y propiciar su aplicación directa a la política. El envejecimiento activo también contempla desde su visión positiva de la vejez la necesidad de elección y participación de las personas mayores, alejándose de posicionamientos anteriores en los que la persona mayor prácticamente quedaba fuera de la vida social.

5. AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO.

El desarrollo del concepto *envejecimiento* plantea una serie de retos en la actualidad, por lo que parece necesario estudiar este fenómeno partiendo de las soluciones actuales con proyección a su mejora en el futuro.

En qué situación actual se encuentran las líneas políticas que se encargan de afrontar este reto poblacional, qué servicios y cómo se efectúan, qué teorías se encuentran tras los programas para el envejecimiento, y como eje de esta investigación, cómo afecta todo ello a la visión arquitectónica. Cómo está respondiendo la arquitectura ante la demanda de generar espacios habitables para este grupo social.

Todos estos aspectos enfocados en el modelo tipológico de residencia de mayores interfieren de manera contundente sobre las posibilidades de futuro y es necesario tener una aproximación a ellos para poder posteriormente focalizar los conocimientos sobre los modelos de proyecto.

Se tiene que tener en cuenta que el hecho estudiado, el envejecimiento, es un proceso muy complejo y que no tiene una serie de procedimientos establecidos por las ciencias que lo estudian que aseguren un procedimiento exacto con el que afrontarlo y enfrentarlo, dos términos similares pero conceptualmente muy diferentes. Sería una equivocación pensar que en la actualidad, gracias al desarrollo de los estudios, se pueden encontrar soluciones fiables al cien por cien de los problemas generados por el envejecimiento. Lo que sí se puede encontrar son mecanismos y herramientas con los que fabricar patrones, conductas, actuaciones y pesquisas en beneficio de las personas mayores y su entorno. La arquitectura puede extraer, de los estudios realizados y de las pautas establecidas por las políticas sociales y las instituciones que abarcan los procesos de envejecimiento, la información necesaria para mediante sus herramientas y procesos ser útil a la sociedad desde su propio trabajo disciplinar.

A continuación se analizan una serie de apartados que pretenden dar respuesta a las cuestiones establecidas creando una visión amplia de la problemática que pueda ser de aplicación en el desarrollo del trabajo. Este conocimiento es fundamental para poder extraer del desarrollo conclusiones discutidas con sentido objetivo y una base sólida.

5.1 LA VISIÓN ACTUAL

El envejecimiento poblacional constituye uno de los retos más importantes que se deben enfrentar como sociedad. No se puede negar la realidad de la constitución de una nueva estructura demográfica que tiene una serie de implicaciones a nivel social, económico y político que hoy en día constituyen uno de los puntos de principal estudio en cualquier campo.

Si se observan datos contrastados de diversos informes, como el Informe sobre el Envejecimiento de 2015 de la Organización Help Age International, se obtienen una serie de datos, los cuales pueden generar diferentes interpretaciones tanto positivas como negativas, pero que indudablemente implican una serie de cambios a tener muy en cuenta.

Se estima que en 2050 el número de personas mayores de 60 años en el mundo superará una quinta parte de la población total. Esto implica que muchos países pasarán a tener una economía envejecida, es decir, el número de población joven será inferior al de la población mayor. Los siguientes gráficos reflejan esta situación:



Fuente: UNDESA División de la población, *World population prospects: the 2015 revision* ("Perspectivas de la población mundial: revisión de 2015"), edición de DVD, 2015

Fig: 5.01 Número de países jóvenes, en transición, envejecidos, híper envejecidos

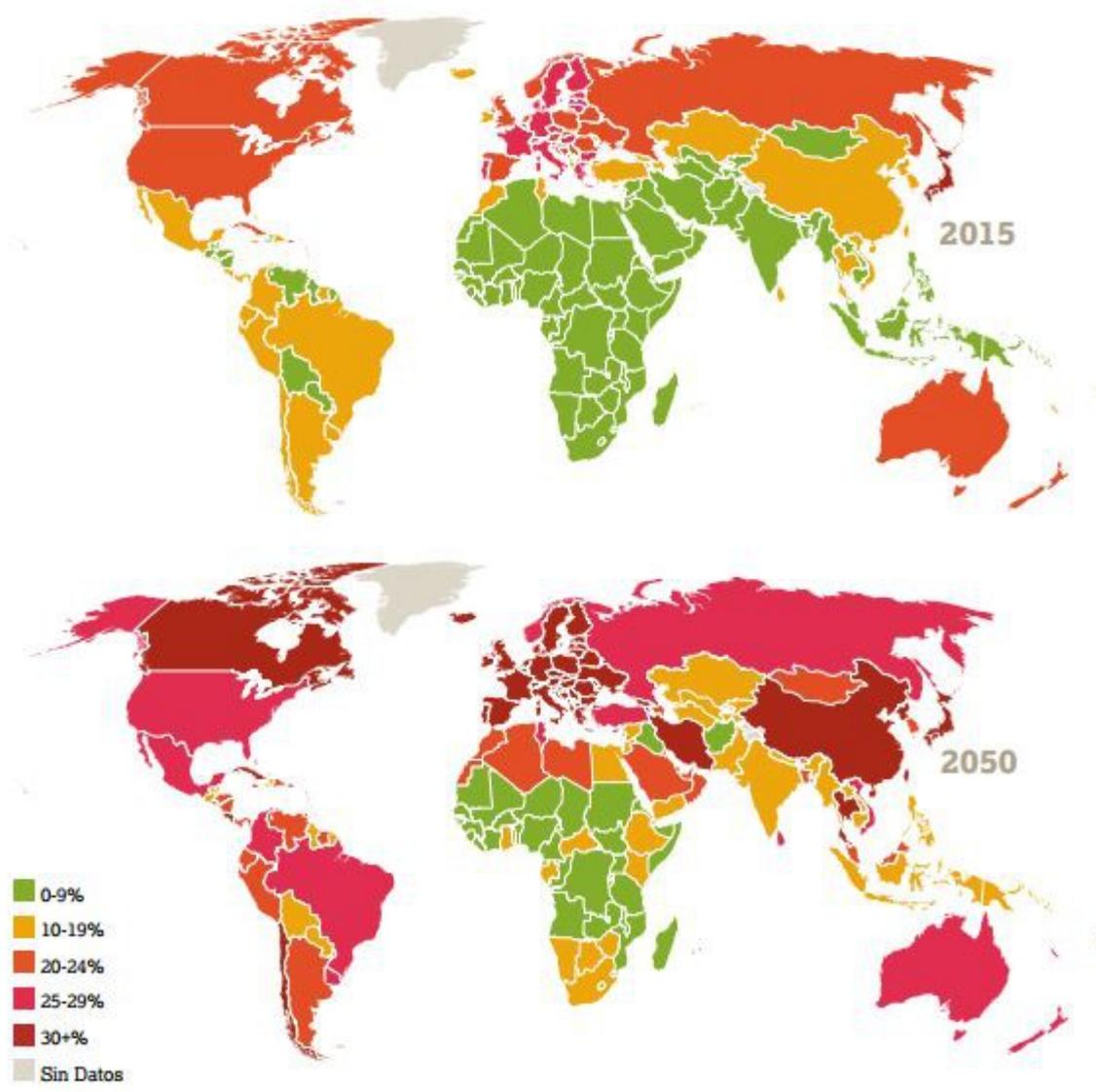


Fig: 5.02 Proporción de la población mayor de 60 años en 2015 y en 2050

Esta situación poblacional tiene una mayor incidencia en los países desarrollados, pero ello no quita que aunque estos países tengan sistemas sociales que se pueda catalogar como avanzados no estén generándose situaciones de peligro de exclusión, desigualdad o incapacidad de sostenibilidad de las estructuras, hasta ahora consistentes en dichos estados, como el sistema de pensiones o el sanitario. Además no sólo se debe contemplar el proceso de envejecimiento de la población como una cuestión que atañe a la sostenibilidad del sistema sino que también se necesita entender que este conjunto social está conformado por ciudadanos heterogéneos que no presentan las mismas características y que gracias a los adelantos de que dispone la sociedad pueden llegar a edades elevadas manteniendo unas condiciones de salud buenas o muy buenas. Frente a esta focalización en el individuo como persona capacitada para participar de la sociedad de pleno derecho surge el concepto de *envejecimiento activo*.⁸

8 Se remite a las teorías del envejecimiento recogidas en el apartado 4.1 de este trabajo.

El *envejecimiento activo* es un término adoptado por la OMS en los finales de los años noventa con la intención de construir un marco más amplio que el envejecimiento saludable, no sólo centrandolo en la salud sino en el conjunto de oportunidades de salud, participación y seguridad que mejoran la calidad de vida mientras las personas envejecen. Esto representa como afirma Lourdes Bermejo García (2007) una lucha contra los prejuicios atribuidos a la vejez, los estereotipos y las supuestas no competencias o capacidades que las personas ancianas deberían tener.

Podría asegurarse que desde principios de la década pasada todos los programas para el envejecimiento asumidos por países y organismos, así como la gran mayoría de estudios y análisis sobre el mismo, tratan de enfocarse desde esta nueva perspectiva del envejecimiento activo. Puede enunciarse que la sociedad intenta tomar conciencia del problema que supone la fluctuación demográfica que se está produciendo pero no por ello puede estigmatizarla y no observar las oportunidades que también se presentan de manera simultánea.

5.2 POLÍTICAS SOCIALES

El estudio del envejecimiento y sus implicaciones se ha convertido, si observamos la cantidad de estudios realizados al respecto, en un campo fundamental para la sociedad actual. En la práctica totalidad de países desarrollados encontramos organismos destinados a elaborar y recopilar los estudios sobre las personas mayores. Además estos organismos se dedican a establecer las líneas a seguir en las políticas sociales venideras. También existen un gran número de organizaciones no gubernamentales que mantienen una actividad similar y que aglutinan diferentes disciplinas. Todas ellas siguen en líneas generales las directrices establecidas por la OMS. En el caso de España se tiene como referencia al Inmerso como principal organismo destinado al estudio de los problemas de las personas mayores, aunque existen organizaciones de gran relevancia en la cuestión como pueden ser la Fundación Caser o la Fundación Pílares.

Dependiendo de la disciplina desde la que se abarquen los estudios e investigaciones pueden establecerse diferentes cuestiones y planteamientos, aunque la visión de conjunto es la que puede ofrecer una lectura más precisa de la situación actual. Las ciencias médicas aglutinan sus estudios en la *Geriatría*, que se centra en el estudio de las enfermedades en personas mayores, causas y efectos, tratamientos, afectaciones prácticas, mejoras en la salud o sistemas de cuidados tanto preventivos como en los procesos de la enfermedad. Las ciencias sociales se encargan de la Gerontología, que está vinculada con los estudios de la relación persona-entorno. Son estas investigaciones las que mayor información aportan en la realización de este trabajo, puesto que la arquitectura supone una parte fundamental del entorno de las personas mayores, y que puede dividirse en dos ramas fundamentales: la arquitectura urbana y la arquitectura para habitabilidad. Pero no sólo depende de la arquitectura, puesto que dentro del entorno, se abarcan una serie de conceptos más amplios que los elementos puramente físicos.⁹

En España la situación actual sobre políticas sociales para el envejecimiento está sufriendo un proceso de cambio hacia un modelo más heterogéneo como el ya instaurado en países del norte de Europa. Todavía se encuentra lejos de sistemas con mayor experiencia y continuidad en la institución de políticas para personas mayores, sin embargo, existen ya publicaciones como *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Fundación la Caixa*, de David Casado y Marín Guillem López i Casanovas (2001) o *Las personas mayores en España, datos estadísticos. Inmerso 2001* que recogen pautas para el establecimiento de las actuaciones futuras sobre envejecimiento activo dentro de los estándares y recomendaciones que la OMS establece. Puede tomarse como referencia el final de los años 90 y el principio del nuevo siglo, como el momento a partir el cual se toma una mayor concienciación de la situación y una apuesta más rotunda por la investigación e innovación en las políticas futuras.

9 Para mayor información consultar *El libro blanco del envejecimiento activo, Inmerso 2011*. Son de especial interés para el tema descrito la Parte segunda y tercera, donde se recogen una serie de escritos y especificaciones sobre todos los factores que influyen en el entorno de las personas mayores.

En la actualidad puede establecerse que las políticas sociales destinadas a las personas mayores se encuentran dentro de las líneas recogidas en *El libro blanco del envejecimiento activo. Imserso 2011*. El libro el cual se estructura en una serie de apartados que definen la situación de las personas mayores en España y marca las pautas de los futuros procesos a desarrollar. El Imserso elabora un informe anual sobre las personas mayores y tiene una serie de publicaciones propias y adquiridas de trabajos académicos que potencian los estudios sobre envejecimiento y está favoreciendo la proliferación necesaria de investigaciones y debates para introducir a las políticas estatales.¹⁰

5.3 UNA RESPUESTA ARQUITECTÓNICA

Frente a la situación actual cómo responde la arquitectura. La arquitectura está afrontando estos procesos tímidamente y de manera dispersa o aislada. Se está empezando a visualizar un conjunto de orientaciones y normas por parte de los estados que responden a temas estrechamente vinculados con la arquitectura como son la habitabilidad, el urbanismo o la accesibilidad. No obstante, la disciplina arquitectónica como tal no ha elaborado un discurso cohesionado frente al problema.

Son otras disciplinas, la sociología, la antropología, la geografía humana, la sanidad..., las que están resolviendo, a través de las peticiones de organizaciones y estados, problemas que deberían estar de primera mano enfocados desde el planteamiento del arquitecto. Esto queda claramente justificado cuando se hace una búsqueda sobre información referente al envejecimiento, la mayoría de los estudios e investigaciones que se encuentran tienen rara vez una perspectiva arquitectónica. La mayoría de la información que se puede obtener está elaborada desde las disciplinas sociales o sanitarias¹¹.

Destaca como excepción la problemática de la accesibilidad, de la que si se puede obtener una mayor información puramente arquitectónica y técnica, esto está estrechamente vinculado con la relación persona-entorno que ha constituido una de las bases teóricas sobre el envejecimiento.¹²

Existen una serie de factores que atañen al envejecimiento que no pueden escapar de la lupa disciplinar de la arquitectura y sin embargo no se están aportando soluciones precisas ni estudios suficientes. Puede advertirse que hay cuatro grandes ramas en las que se debería estar trabajando profundamente:

- El urbanismo y la ciudad accesible
- La identidad y la memoria
- Los problemas habitacionales
- Las condiciones de habitabilidad

El arquitecto debe afrontar estas temáticas desde una visión de conjunto y participar de la generación de conocimiento vital para la sociedad en la que nos desarrollamos. Esta división en cuatro bloques no tiene nada de arbitrario, se basa en una serie de cuestiones que en este punto de la investigación se revelan fundamentales.

Si se ha asumido el envejecimiento activo como el concepto bajo el que se engloban las políticas e investigaciones sociales que deben dar solución a los problemas, por consiguiente, debe ser igual desde la disciplina arquitectónica. Esto lleva a colocar al usuario como centro mismo de cualquier investigación. Si se une esto a las teorías arquitectónicas que se instauran en la constitución del estado del bienestar y su evolución tras el Posmodernismo, y el panorama teórico actual, enfocado en los conflictos de la globalización y la tecnología, puede establecerse la división planteada.

10 El Imserso cuenta con una sección de documentación donde puede encontrarse una cantidad extensa sobre publicaciones, normativas y estadísticas relacionadas con el envejecimiento desde muchos campos disciplinares. Para una consulta del catálogo dirigirse a http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/index.htm

11 Se remite a la bibliografía de este trabajo.

12 Consultar la Teoría Ecológica del Envejecimiento, apartado 4.2 de este trabajo.

En esta investigación se abordan dos de estas líneas generales, los problemas habitacionales derivados del creciente envejecimiento y las condiciones de habitabilidad. Para ello tenemos que tener en cuenta el estado actual de estas temáticas.

Cuando hablamos de modelos habitacionales para la tercera edad se abre un campo muy grande de posibilidades pero como García Lantarón (2015) simplifica pueden entenderse tres modelos existentes constituidos por:

1. Modelo Institucional (Residencia) : Es un modelo totalmente necesario en alto grado de dependencia, sujeto a una normativa reglamentada y con un fácil control por parte de los organismos. Suele darse en etapas finales de la vida de las personas en Europa, aunque en España no sucede así, donde es habitual utilizarse en procesos de vejez todavía no muy avanzados.
2. Modelo de Adaptabilidad Funcional (Servicios en vivienda) : Suele ser el modelo más recomendable en todos los estudios puesto que preserva las condiciones conocidas de vida del usuario, pero plantea una serie de problemas que pueden volverse incapaces de resolver. Uno de estos problemas es el coste de servicios que va aumentando conforme se aumenta la edad del usuario y otro problema importante es la no capacidad de adaptar el entorno, es decir, se puede adaptar la vivienda y dotarla de servicios pero esto no es extrapolable al bloque de viviendas, la calle, el barrio y la ciudad.
3. Modelo Mixto de Vivienda (Residencia-Vivienda personal): Es el modelo más novedoso hasta hora desarrollado. Consiste en la hibridación entre los servicios comunes de una residencia y las ventajas de una vivienda propia. Estos modelos están teniendo una gran aceptación, sin embargo, plantean serios problemas de costes y los estados todavía no están incluyéndolos (salvo excepciones) como modelos públicos. Generalmente responden a servicios privados.

Esta investigación se centra en el modelo institucional de residencias para mayores, debido a que aunque haya otras alternativas que están dando buenas respuestas al problema que se trata, no por ello quiere decir que este modelo no sea válido y que no precise de seguir estudiándose y perfeccionándose. Para ello se analizarán datos sobre las residencias en España, y como se hace necesario que se siga dando respuestas para cumplir los estándares establecidos por la OMS. Se presentan una serie de datos extraídos del *Informe Sobre las Personas Mayores* (Imsero,2014) que dibujan el mapa actual de la situación residencial en España para las personas mayores.

Comunidades Autónomas	Población ≥ 65 01/01/2014	Centros	Plazas de Atención Residencial	Índice de Cobertura ¹	Personas Usuarías
Andalucía	1.337.288	717	43.306	3,24	30.551
Aragón*	275.127	293	16.624	6,04	5.718
Asturias	249.988	490	15.000	6,00	4.522
Baleares (Illes)	163.589	62	5.452	3,33	2.193
Canarias	306.270	182	9.498	3,10	9.498
Cantabria	116.613	61	5.576	4,78	3.484
Castilla-La Mancha	375.193	512	27.574	7,35	15.601
Castilla y León	592.190	676	44.648	7,54	44.648
Cataluña	1.337.283	1.282	66.205	4,95	50.062
C.Valenciana	902.953	335	27.201	3,01	13.252
Extremadura*	215.593	264	13.072	6,06	8.051
Galicia	648.045	324	20.520	3,17	12.996
Madrid (Comunidad de)**	1.053.191	865	51.526	4,89	19.692
Murcia (Región de)	216.285	53	4.949	2,29	3.232
Navarra (C. F. de)	119.215	90	6.613	5,55	2.450
País Vasco	454.132	366	20.190	4,45	14.179
La Rioja	62.014	31	3.049	4,92	1.615
Ceuta	9.260	4	160	1,73	145
Melilla	8.198	3	317	3,87	305
España	8.442.427	6.610	381.480	4.52	242.194

Fig: 5.03 Servicios de atención residencial, principales magnitudes

Se observa en esta gráfica por Comunidades Autónomas la cobertura de plazas de residencia que no llegan a agotarse, lo que puede estar relacionado con el coste de vivir en una residencia y la capacidad económica de las pensiones.

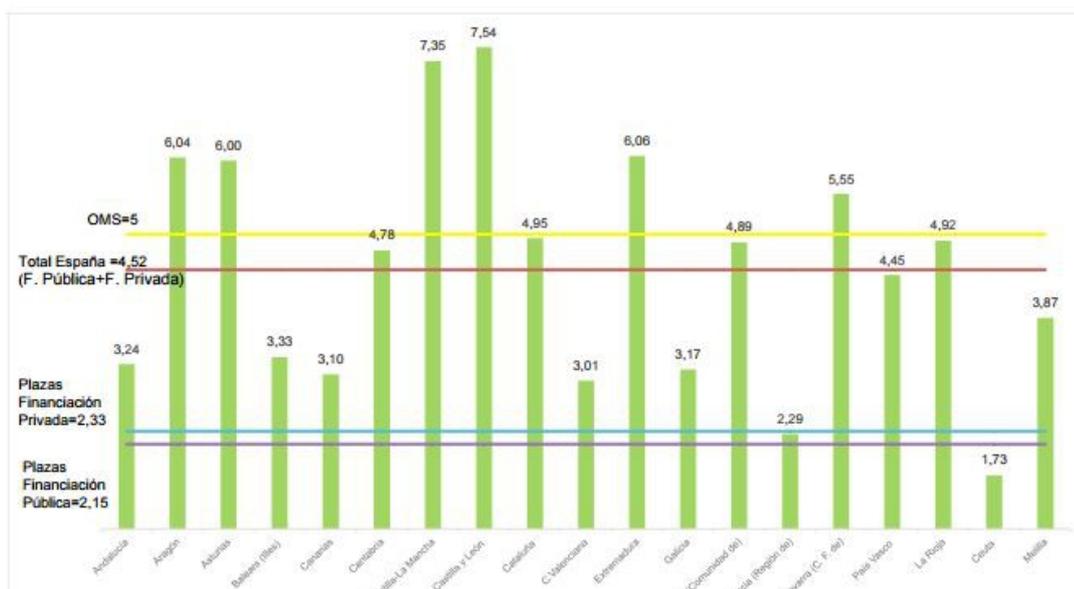


Fig: 5.04 Servicio de atención residencial. Índice de cobertura

Como se observa en este gráfico hay muchas comunidades que todavía están por debajo de la cobertura que la OMS establece adecuada para prestar el servicio social de residencia para personas mayores. Esto implica que es necesaria la construcción de nuevas residencias en más de la mitad de las Comunidades Autónomas de España, entre ellas Andalucía.

Comunidades Autónomas	Titularidad Pública	Titularidad Privada	Nº Total Centros Residenciales
Andalucía	147	511	658
Aragón*	75	218	293
Asturias	56	240	296
Balears (Illes)	26	32	58
Canarias	64	118	182
Cantabria	9	49	58
Castilla-La Mancha	123	206	329
Castilla y León	182	494	676
Cataluña	172	1.060	1.232
C.Valenciana	65	265	330
Extremadura*	186	78	264
Galicia	46	168	214
Madrid (Comunidad de)	64	410	474
Murcia (Región de)	12	41	53
Navarra (C. F. de)	29	46	75
País Vasco	73	181	254
La Rioja	9	21	30
Ceuta	1	3	4
Melilla	1	1	2
España	1.340	4.142	5.482

Fig: 5.05 Centros residenciales en España. Distribución del número de centros según titularidad

La figura 5.05 refleja que la proporción de centros privados es mayor a la de centros públicos. Esto está estrechamente vinculado a que en España se ha ido progresivamente depositando la gestión de este equipamiento social en manos de la empresa privada para ahorrar recursos a la administración. Este hecho conlleva que muchas residencias estén planteadas como un negocio del que obtener la mayor rentabilidad. Esto puede ser peligroso ya que los criterios no pueden alejarse de los usuarios, aunque por otro lado, también se genera una competencia que puede posibilitar la mejora de ofertas y servicios. El único caso donde no ocurre así es en Extremadura, esto quiere decir que en esta Comunidad Autónoma ha sido el gobierno quien ha tomado el protagonismo en la gestión de este bien social. Las políticas allí aplicada podría dar lugar a un análisis paralelo.

Comunidades Autónomas	Ocupación de las plazas		
	Plazas	Personas Usuarias	Índice de Ocupación
Andalucía	42.913	30.551	71%
Aragón*	16.624	5.718	34%
Asturias	14.775	4.327	29%
Balears (Illes)	5.328	2.174	41%
Canarias	9.498	9.498	100%
Cantabria	5.543	3.451	62%
Castilla-La Mancha	25.821	14.249	55%
Castilla y León	44.648	44.648	100%
Cataluña	63.089	47.707	76%
C.Valenciana	27.131	13.252	49%
Extremadura*	13.072	8.051	62%
Galicia	19.489	12.907	66%
Madrid (Comunidad de)	50.889	19.177	38%
Murcia (Región de)	4.949	3.232	65%
Navarra (C. F. de)	5.821	2.450	42%
País Vasco	17.964	12.661	70%
La Rioja	3.039	1.615	53%
Ceuta	160	145	91%
Melilla	311	292	94%
España	371.064	236.105	64%

Fig: 5.06 Centros residenciales. Ocupación de las plaza

De todas estas tablas y datos, recogidos en el informe anual que elabora el Imsero sobre datos estadísticos de las personas mayores, se pueden extraer una serie de conclusiones acerca del estado de nuestro sistema residencial para personas mayores en nuestro país. Se observa que no está proporcionado, es decir, existen comunidades autónomas donde hay una alta ocupación, algunas incluso del 100% mientras que otras tienen índices muy bajos. También debe saberse que el hecho de que no exista una ocupación total no responde a que no haya demanda, sino que tiene mucho que ver con el coste del servicio, en función de si este se desarrolla por una residencia pública o privada. Incluso, como el propio informe refleja, las residencias públicas tienen un coste elevado para el usuario y se establece como un factor determinante para el ingreso o no en una residencia.

Si se remite a los datos que nos aportan Sancho Castiello, Rodríguez Rodríguez (2001) se establecía una comparativa directa entre nuestro sistema y el de otros países europeos como puede apreciarse en la siguiente tabla con datos hasta el año 2000:

PAISES	PLAZAS INSTITUCIONALES	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	7,9	11
HOLANDA	12,2	21
GRAN BRETAÑA	11	9
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,2	2,05

Fig: 5.07 Comparación de las ratios de cobertura en residencias. Comparativa con algunos países europeos.

Como se observaba todavía se está lejos de los servicios sociales que frente a la vejez ofrecen otros países de nuestro entorno cercano y por ello la necesidad de seguir estudiando en esta dirección y ofreciendo mayor y mejor conocimiento sobre nuestra capacidad de construir centros que respondan a la demanda social.

Pero no sólo se puede tener presente toda esta serie de datos numéricos y estadísticos sobre el problema al que se enfrenta la arquitectura con respecto al envejecimiento, también existen una serie de estudios que debemos tener en cuenta para la obtención de datos en el desarrollo de nuestra investigación tipológica y normativa.

Dentro del contexto del envejecimiento activo podemos destacar, como anuncia Monique Membrado en un artículo titulado *Experiencias de envejecer y experiencias urbanas: un estudio en el suroeste francés*, la suma importancia que para el anciano supone el arraigo a su domicilio y que sólo cuando la aparición de incapacidades de salud o accesibilidad distorsionan el uso tradicional que ha tenido ese lugar es cuando el anciano comienza a no sentirse de la misma manera, ni cómodo en él, este hecho se produce ya en una etapa avanzada de la vejez. También recoge el artículo a través de las investigaciones de Serfaty-Garzón (2003) la importancia del entorno como lugar de reconocimiento e identidad. No obstante existe en la evolución de la vejez una búsqueda por el entorno tranquilo y por los lugares donde encontrarse en relación con los demás, esto constituye un eje fundamental para la socialización y el incremento de la calidad de vida. La arquitectura debe ser capaz de ser consciente en estos aspectos e incorporarlos a sus soluciones. (Membrado, 2010)

A nivel europeo el reto del envejecimiento se ha convertido en vital para el desarrollo de las políticas sociales, y como resultado está afectando al proceso arquitectónico. En esta dirección el Inmerso publica en el año 2012 *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: Diseño arquitectónico y modelo de atención*, una publicación que recoge algunas de las experiencias más relevantes que se están desarrollando en los países europeos para posibilitar el desarrollo de las residencias para personas mayores. De esta publicación se puede extraer una serie de aportaciones que revierten directamente en el tipo de alternativa habitacional que se está ejecutando para el futuro. Se puede por tanto tener en consideración los siguientes apartados que son de especial interés para el objeto de esta investigación.

5.3.1 LA RESIDENCIA COMO MODELO TIPOLOGICO

Como ya se advierte, en la visión histórica del envejecimiento no se puede hablar de que la tipología de residencia para personas mayores sea un modelo que se ha ido desarrollando a lo largo de la historia puesto que no sería hasta la instalación del modelo de bienestar social cuando empieza a conformarse lo que hoy podemos definir como residencia.

Si nos remontamos históricamente a periodos anteriores a la II Guerra Mundial los edificios que podemos tener como referencia se dividían fundamentalmente en dos tipos, los centros hospitalarios y los hospedajes para enfermos o personas indigentes, puesto que como ya se ha enunciado, durante gran parte de nuestra historia el anciano que se encontraba fuera de una protección social estaba irremediablemente destinado a sufrir la marginalidad y la exclusión social.

El estudio de la tipología a lo largo de la historia constituye una parte central del desarrollo de este trabajo puesto que a través de su análisis encontraremos diferentes factores que luego utilizaremos para dar respuesta a la problemática desde una visión de conjunto. Por ello, no se hará en este apartado una disertación extensa sobre la evolución tipológica que se ha producido, principalmente en las últimas décadas, período fundamental en el que la investigación debe centrarse. Este proceso corresponde a los análisis desarrollados en el apartado 9.

Se advierte que en los periodos anteriores al siglo XX no se ha dado una edificación específica para la residencia de ancianos, por lo que los modelos son los históricamente asumidos en los hospitales y hospedajes.

Las primeras referencias existentes sobre la tipología hospitalaria y de hospedaje las encontramos en el Imperio Romano de Oriente y las zonas de oriente próximo cercanas a Siria. En España podemos encontrar una primera referencia en el xenodoquio que fundó el obispo Mazona en Mérida.¹³ Sería a partir de la Edad Media cuando proliferarían este tipo de alojamientos vinculados en su práctica totalidad con la Iglesia y más concretamente con las órdenes religiosas que se establecieron fundamentalmente en las zonas de peregrinaje. En España la división de hospitales según las características de los usuarios no se produce hasta el siglo XV pero esto no conlleva cambios tipológicos de unos con respecto de otros. Precisamente a partir de este siglo se produce la primera innovación de la tipología en Italia al sustituir la disposición en alas bordeando un patio o paralelas a la forma de cruz. Esta disposición ya la podemos encontrar en el Ospedale Maggiore de Milán.¹⁴ (Castro Molina et al.,2012)

13 Año 580 d.C., Para atender a los numerosos peregrinos que acudían, en el s. VI, a visitar el túmulo de Eulalia, el obispo Mazona ordenó construir un *Xenodochium*-albergue de peregrinos y hospital para enfermos pobres de la ciudad- en las afueras de Mérida. Esta información ha sido extraída de la página oficial del Consorcio Ciudad Monumental de Mérida.
<http://www.consorcioimerida.org/conjunto/monumentos/xenodoquio>

14 Diseñado por el arquitecto Filarete y construido por el ingeniero Guiniforte Solari (responsable del patio de la Certosa di Pavia, un complejo monasterio en Lombardía, norte de Italia), la parte del hospital formado por la finalización de la reforma de los hospitales iniciado por el Arzobispo Rampini en los años de la República Ambrosiana.

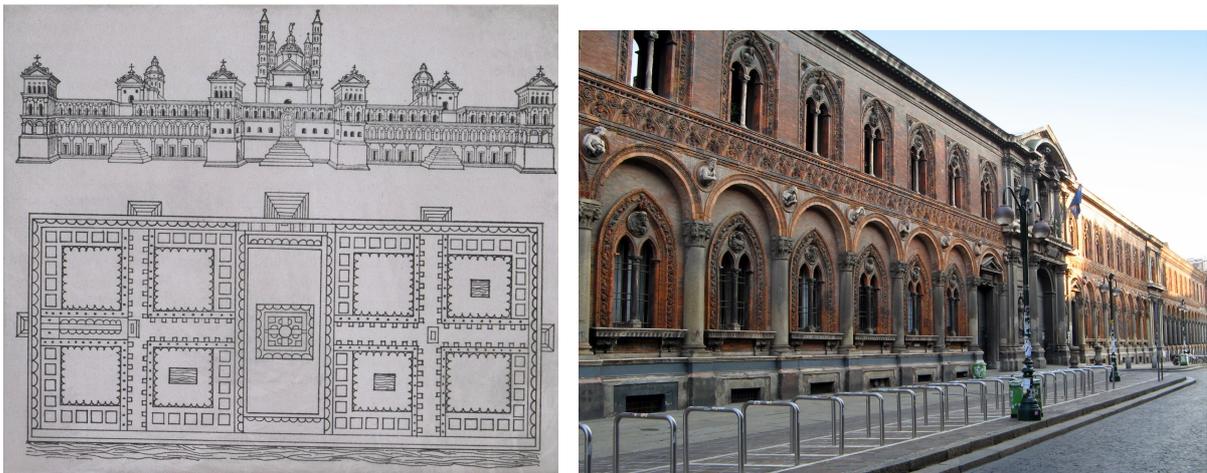


Fig: 5.08 y 5.09 Ospedale Maggiore de Milán, Planta y Fachada Principal

“Ya de lleno en el siglo XVIII, la arquitectura hospitalaria presentó un auge considerable, colocándose Gran Bretaña a la cabeza, con innovaciones tales como la especialización por patologías de los pacientes ingresados en los establecimientos. Ejemplos de tal hecho los encontramos en el Hospital de Bethelam (Bedlam) y Saint Luke, destinados a la asistencia a dementes; el Hospital Queen Charlotte, para maternidad; o Foundling que se trataba de una inclusa.” (Castro Molina et al., 2012)

El continuo avance de la ciencia fue tomando cada vez más peso en el diseño de estos centros hospitalarios especializados, produciéndose un perfeccionamiento progresivo de estas tipologías sanitarias.

“La preocupación por las condiciones higiénicas de los recintos hospitalarios fue marcada a ambos lados del Océano Atlántico. El doctor Rothman, en su examen de los hospitales en norteamericanos, y Chamousset, con su análisis del Hôtel Dieu de París, manifestaron su inquietud ante este tema, al que no se le prestaba la atención necesaria por no considerarlo importante. Junto a ellos, Jean-Baptiste Le Roy propuso la construcción de pabellones que se articulaban a partir de un patio central, con la intención de favorecer la ventilación de los recintos. Esta idea se materializó en 1756 cuando se dio comienzo al proyecto Rowehead para el Hospital Naval de Stonehouse en Plymouth.”(Castro Molina et al., 2012)

Ya entrado el siglo XIX cobra especial importancia el trabajo de Florence Nightingale sobre los hospitales militares y sus posteriores publicaciones sobre la importancia del funcionamiento y diseño de los hospitales y hospedajes para la mejora de las condiciones de los usuarios. A la preocupación por la higiene se une la necesidad de funcionalidad de las estancias. Otro avance del siglo XIX fue la especialización de las tipologías dependiendo de las necesidades de los usuarios, lo que propició la irrupción de diferentes centros, entre ellos los hospedajes para personas mayores como una tipología específica. (Castro Molina et al., 2012)

Haciendo una aproximación más contemporánea a la tipología de residencia para mayores como modelo institucional se puede hacer un recorrido ligado a los factores que introducen las ciencias sociales sobre la arquitectura. Se observa en este recorrido que los procesos de variación tipológica están ligados a los cambios de los paradigmas que se dan en Europa y que la arquitectura intenta solucionar desde su visión disciplinar.

Héctor García (2015), asegura que el modelo institucional es una derivación de las Instituciones implantadas en la edad media. Éstas debían de cumplir la función de cuidar y dar alojamiento a las personas dependientes física o psicológicamente. Por otro lado, era un mecanismo de control social. La labor humanitaria ejercido por estas instituciones también repercuten negativamente en los usuarios al quedar sin autonomía, pasando a ser sujetos plenamente dependientes.

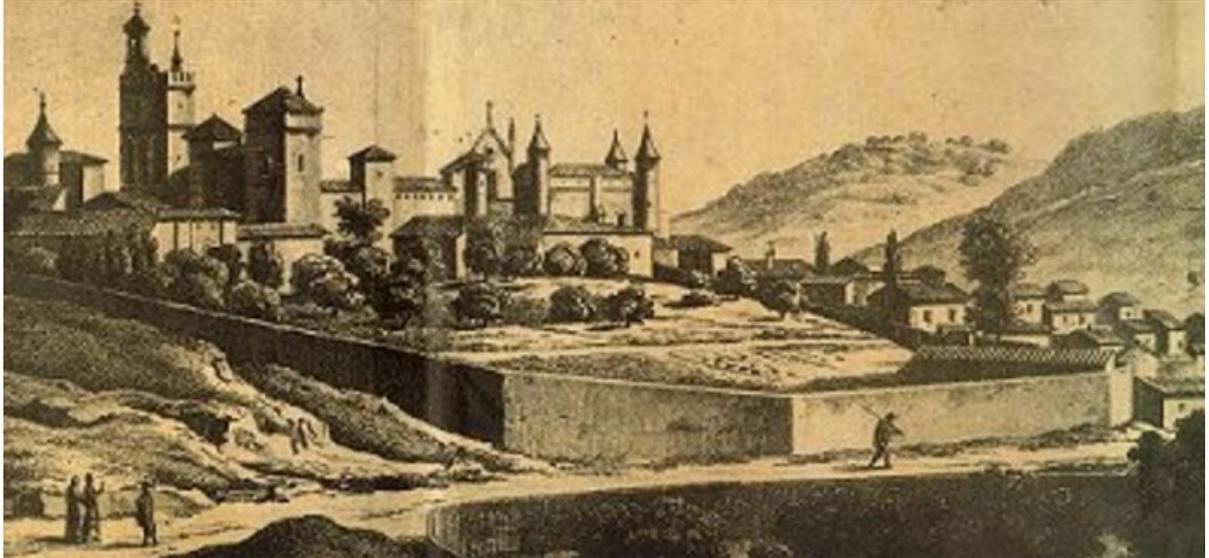


Fig: 5.10 Grabado del siglo XVI del Monasterio de la Orden Jerónima de Guadalupe, Extremadura

"En los países nórdicos: Desde el punto de vista arquitectónico, y a consecuencia de los cambios económicos y sociales que se estaban produciendo en Europa a principios del siglo XX, la necesidad de mejorar la calidad de los alojamientos es apremiante. La arquitectura moderna se erige como solución a los problemas de salud mediante un cambio y mejora del entorno. Es la alternativa a los problemas del siglo XIX y como tal, los primeros ejemplos de alderdomshjem¹⁵ empiezan a sufrir modificaciones durante los años 30 influenciados por las teorías funcionalistas y la "medicalización" de la arquitectura. Las vetustas instituciones se amplían con modernas edificaciones llenas de luz y aire puro, donde se ubican la enfermerías." (García, 2015:33)



Fig: 5.11 Alderdomshjem Frederica Hybyhus, Imagen de 1955

15 Puede traducirse al castellano como "Hogar de Mayores"

La influencia del funcionalismo del Movimiento Moderno en estas nuevas instituciones es complementada con la preocupación social de los países nórdicos por estos edificios. Un ejemplo claro de estos modelos es el Sanatorio para Tuberculosos de Alvar Aalto en Paimio, Finlandia, 1929-1933. El sanatorio de Paimio es un caso paradigmático no sólo de la arquitectura contemporánea sino de la sanitaria, donde el diseño está al servicio del usuario pretendiendo una interacción entre el espacio y la salud.

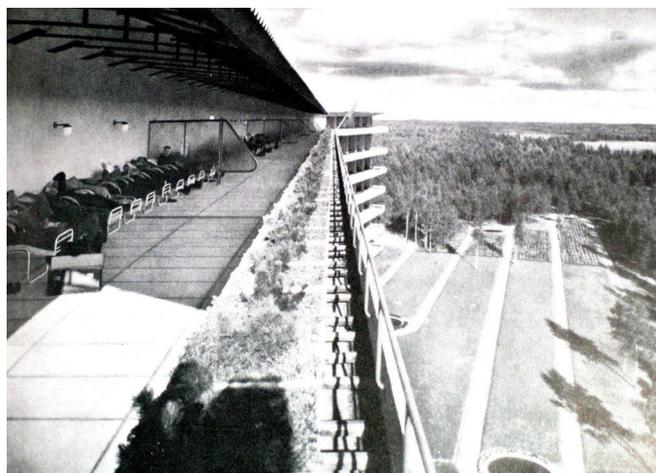


Fig: 5.12 Sanatorio para Tuberculosos Paimio, Alvar Aalto

"Hacer una arquitectura más humana significa hacer una arquitectura mejor, y esto significa un funcionalismo más profundo que uno meramente técnico. Ésta meta puede ser lograda sólo con métodos arquitectónicos, con la creación y combinación de diferentes técnicas de manera que esto provea al hombre de la más armoniosa vida." (Aalto, 1977:30)

La figura de Aalto representa la dualidad existente entre la teoría dominante en el Estilo Moderno y la sensibilidad nórdica, caracterizada por el sentido práctico del diseño, y a la vez la calidez con la que trabaja un artesano. Esta sensibilidad que huye del funcionalismo desnudo de los primeros conceptos establecidos por Le Corbusier, Mies o la Bauhaus entre otros, precede la irrupción del gran debate que la arquitectura acometerá y que pondrá sobre el mapa teórico a una nueva generación de arquitectos y arquitectas.¹⁶

"Un ejemplo danés paradigma de esta nueva corriente es el hogar para mayores llamado Solhem. Con un carácter mucho más humanista que los modelos existentes hasta esa época, se corresponde, además, con un cambio en la definición de este tipo de alojamientos que pasa a llamarse Plejehjem (modelo es lo más parecido al modelo de residencia que existe en el contexto español). Estos modelos siguen ofreciendo alojamiento compartido en la misma habitación, aunque ya se aprecian mejoras como la inclusión de baños dentro de las habitaciones. Además, existen servicios especializados en el tratamiento de personas mayores, así como las ya mencionadas enfermerías. El entorno arquitectónico se convierte en el medio para mejorar las condiciones de salud." (García, 2015:33)

Se observa, en todo caso, que la sensibilidad nórdica con respecto al hecho arquitectónico varía de los fundamentalismos del Movimiento Moderno desarrollados en los demás países europeos y en su expansión internacional. Puede apreciarse en el denominado Estilo Internacional un fuerte sometimiento a los dogmas del funcionalismo extremo y la supremacía de la técnica sobre las cuestiones más subjetivas de la arquitectura. Puede destacarse la escisión que Rudolph Schindler y Richard Neutra protagonizarían en California, alejándose del

¹⁶ Remitir a la bibliografía, sobre esto hablan, Leonardo Benevolo, y Kenneth Frampton en sus obras sobre la historia de la Arquitectura Moderna.

concepto puramente abstracto del diseño moderno para acometer procesos de diseño en los que la forma de vida, el entorno y el bienestar de los espacios habitables se convierten en el centro de la cuestión. Este pensamiento no se ve reflejado en grandes edificios institucionales, pero sirven de antecedente a los posteriores debates que se darían en el seno de la arquitectura tras la II Guerra Mundial.¹⁷

"Durante los años 60 y 70 del siglo XX y en el contexto de la crisis socio-económica que se produce en Europa, una serie de cambios tendrán una gran repercusión sobre la propia concepción del estado de bienestar y por tanto, sobre los modelos de alojamiento para mayores. El cambio a este segundo paradigma se caracteriza por el gran impulso que reciben los servicios sociales de atención y cuidados. Es en esta época cuando la tendencia en los países nórdicos empieza a destacarse sobre el resto de países, especialmente los del sur." (García, 2015: 44)

Tras los primeros años transcurridos en la posguerra y una vez afianzado un nuevo marco socio-político en Europa, se comienzan a plantear una serie de debates muy intensos en las disciplinas sociales, y empiezan a aparecer una serie de posicionamientos respecto a los modelos existentes anteriores a la guerra. La arquitectura se ve en estos momentos inmersa en una serie de discusiones que cuestionan todo los procesos y herramientas que se habían expandido desde la irrupción del Movimiento Moderno. Aparece precisamente a partir de los años 60 una nueva generación de arquitectos que durante las dos décadas siguientes abrirán nuevos caminos y serán protagonistas del rescate de términos y conceptos olvidados, o no descubiertos por las tesis del Movimiento Moderno.¹⁸

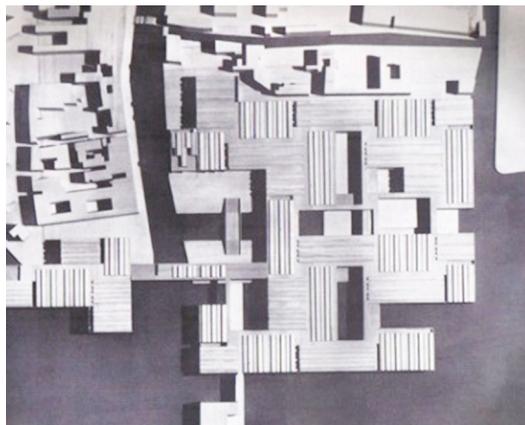


Fig: 5.13 Proyecto Hospital de Venecia, Le Corbusier 1963

Se advierte que a partir de los años 60 se produce, gracias a los estudios de Foucault y Goffman, un replanteamiento de los modelos institucionales. Para Goffman, la institución total es una mezcla de *"comunidad residencial y de organización reglamentada"*, por lo tanto, podemos establecer como característica que articulan el modelo el grado de internamiento (medido con la frecuencia e intensidad de intercambios con el mundo externo) y la reglamentación (entendiéndola como la imposición de un reglamento) (Goffman, 2009:21-22)

17 En el capítulo *El estilo internacional: tema y variaciones, 1925-1965*, pp.252-254, del libro *Historia crítica de la arquitectura moderna*, Kenneth Frampton recoge brevemente los principios de la arquitectura de Rudolph Schindler y Richard Neutra y su vinculación con el doctor Lovell. Para encontrar una información más extensa sobre este posicionamiento arquitectónico se remite al libro *Sobrevivir gracias al diseño* de Richard Neutra.

18 El proceso descrito está justificado en el libro *Historia de la Arquitectura Moderna* de Leonardo Benevolo, en su *Séptima parte: La arquitectura en la crisis de fin de siglo*. En los primeros cinco capítulos se recoge los convulsos años 60 y 70 hasta la irrupción del Posmodernismo.

Desde este momento se produce en los países del norte de Europa una apuesta por los servicios a domicilios, sin embargo, los países del sur comienzan a mejorar su situación económica y a implantar modelos de sistemas sociales más efectivos amparados en la estabilidad que daba la Unión Europea. Estos países del sur al contrario que los del norte apuestan por los modelos institucionales, cobra entonces importancia los modelos tipológicos de residencia como lugar para habitar de las personas mayores. (Houben., 2001)

5.3.2 EL PROCESO DANÉS

Ya se ha recogido en este trabajo la importancia y predominancia que los países nórdicos tienen en las políticas sociales en comparación con los demás países europeos. Es por ello que dichos países se encuentran a la cabeza en las cuestiones de desarrollo sobre envejecimiento. En Dinamarca el modelo seguido apuesta fundamentalmente por la vivienda asistida en la que existe un equilibrio entre un entorno de privacidad junto con una atención pública. Para esta investigación no es relevante entrar en estas cuestiones puesto que el problema de residencia para mayores es diferente al de la vivienda asistida. No obstante, el proceso y los principios bajo los que se rige la configuración de estos conjuntos de vivienda asistida en Dinamarca si son de aplicación directa o indirecta en el caso de las residencias. Entender el proceso danés ofrece una visión avanzada sobre como afrontar los retos del envejecimiento desde una perspectiva social y política, y como la arquitectura forma parte del conjunto de disciplinas implicadas en solucionar los problemas planteados.

Un factor determinante en el proceso danés es la interacción de diferentes actores en un proceso previo a la construcción de estas viviendas.

"Los llamados actores - que forman parte de los comités o grupos decisores, representantes de usuarios, profesionales de los cuidados, de proyecto, etc.- a menudo aportan importantes conocimientos complementarios dentro de sus respectivos campos profesionales, a los que se considera valioso tener acceso durante el proceso.

De este modo tienen lugar un gran número de deliberaciones sobre la importancia del diseño y de los elementos clave para el bienestar de los futuros usuarios de las viviendas asistidas, en las que los actores aportan todo aquello que saben, han visto, oído, leído en publicaciones profesionales, o han experimentado en su trabajo en otras viviendas asistidas o en viajes de estudio. Estas deliberaciones a menudo tratan aspectos que los "actores" consideran positivos y apropiados o malos e inapropiados; pero raramente ocurre que miembros con un conocimiento muy específico (por ejemplo, la influencia de los colores en los casos de demencia), basado en evidencia científica o empírica, sean invitados a participar directamente en estas deliberaciones, aunque puede ocurrir." (Knudstrup, 2012: 44)

La existencia de un proceso conjunto antes de realizar un proyecto, favorece el análisis de posibles problemas y potencialidades, aportando además una visión más amplia y positiva para entender los diferentes vectores que pueden incidir en el proyecto. Se aprecia en el modelo danés, y prácticamente es asimilado en todos los países del norte de Europa, una apuesta firme por el establecimiento de procesos multidisciplinares. Este método de trabajo, que cuenta con la interacción de diferentes profesionales de campos diversos, y plantea una visión más contemporánea del funcionamiento de los sistemas sociales lo que revierte directamente en la mejora de los servicios a los ciudadanos y una mayor inversión en estudios e investigaciones.

En este proceso debe de tenerse en cuenta el principio establecido sobre persona y entorno. Este principio rige la dirección de las aportaciones que concluirán en la construcción de las viviendas asistidas.

"En los estudios de caso daneses (Knudstrup et al., 2007) hemos observado como característico del proceso de toma de decisiones que el principio "entorno de vida-hogar" ["Leve-bomiljøet"] sirve como referente para crear el marco físico para garantizar una "buena vida" a los residentes en las viviendas asistidas (...) El ideal compartido inherente al principio: "entorno de vida-hogar" puede ser descrito de una forma bastante sencilla: un alojamiento de cuidados distribuido en unidades de convivencia y hogares (apartamentos), que permitan a los residentes continuar su vida cotidiana de la misma manera que lo hacían antes de mudarse a la vivienda asistida."(Knudstrup, 2012: 45)

El proceso de toma de decisiones por tanto debe tener en cuenta una serie de puntos que estén enfocados en generar la mejor calidad de vida subjetiva para los usuarios.

*"En el cuadro siguiente se ofrece una panorámica de los aspectos arquitectónicos y elementos relevantes que más influyen en la generación de bienestar subjetivo de los residentes y que tendrán que ser valorados en el proceso de toma de decisiones:"
(Knudstrup, 2012:47)*

APARTADOS	DESCRIPCIÓN				
LOCALIZACIÓN	Análisis del contexto urbano: definido por vistas y vida urbana				
CONCEPTO	Definición del tipo de edificio				
	Idea General	Expresión Arquitectónica	Materiales y calidades	Funcionalidad	Planeamiento e integración
TIPO DE VIVIENDA	Compra o Alquiler	Número de habitaciones	Existencia de terraza o balcón	Metros cuadrados de vivienda y zonas comunes	Distribución de espacios
ÁREAS COMUNES	Rincones de Decanso	Zonas de socialización		Posibles equipamientos anexos	
ACCESIBILIDAD	En vivienda y zonas comunes		Acceso entre plantas	Seguridad	
DISEÑO INTERIOR	Se estudia el diseño que pueda generar sensación de pertenencia, teniendo muy presente la imagen y los materiales				
TECNOLOGÍA	Climatización interior, calidad del aire, calidad sonora y de iluminación, domótica, material de trabajo para cuidadores, conexiones a internet, maquinaria de gimnasia...				
COLORES Y LUCES	Cuidar la iluminación que influye en la captación sensorial de los usuarios.				
FORMA	Búsqueda de la proporción adecuada y la colocación de los elementos arquitectónicos.				
ESPACIOS EXTERIORES	Buscar la interacción directa entre espacios habitables y las viviendas y zonas comunes. Fomentar espacios intermedios y la estimulación contemplativa de las zonas ajardinadas. Generar actividades.				

Fig: 5.14 Cuadro resumen de elaboración propia, datos extraídos de Knudstrup, 2012

5.3.3 LAS RESIDENCIAS ALEMANAS

El caso alemán plantea una fuerte dicotomía entre la evolución presente en el modelo residencial y su gestión pública. Actualmente en Alemania es un porcentaje inferior al 7% el de residencias para personas mayores de titularidad pública. Este hecho deja patente un claro desequilibrio del sistema social, por otro lado existen unas medidas que benefician la innovación de estas residencias y cómo se deben articular desde el punto de vista proyectual así como el de los demás servicios.

Un pequeño análisis de este sistema puede ofrecer una visión significativa sobre cómo los sistemas implementados en el norte de Europa se integran en otros modelos de política social. Alemania refleja una adaptación característica a un entorno propio. Como se verá en adelante, el sistema de políticas sociales alemán no tiene la estabilidad y carácter público de otros países, lo que no ha impedido que se desarrollen los mismos conceptos y se lleven a cabo modelos innovadores y que plantean soluciones viables para cualquier ámbito.

Alemania puede reflejar la capacidad de adaptación y pragmatismo a la hora de poner en marcha medidas consonantes con la evolución de las medidas para el envejecimiento, sin tener por ello que hacer una modificación radical de su propio sistema social.

“La Comisión de expertos nombrada por el Gobierno para elaborar el sexto Informe sobre la situación de las generaciones mayores en Alemania (Deutscher Bundestag, 2010) señala que los modelos imperantes de residencias han experimentado enormes cambios en los últimos años. Se ha pasado de un modelo orientado en el hospital a otro en el que predominan patrones semi-familiares, pequeñas unidades vivenciales en las que la calidad de vida ya no está subordinada a los requisitos técnicos de los cuidados. Se trata de modelos más permeables que permiten combinar diferentes formas de atención y en los que tiene una importancia central la autonomía de la persona que necesita cuidados”. (Deutscher Bundestag, 2011).

Ya en los años 90 surge en Alemania la cuarta generación de residencias. Estas instituciones ya aplican nuevos modelos de atención que otorgan mayor importancia a las personas, situándolas en el centro del proyecto. Se produce un vuelco en la configuración hasta entonces implementada, constituyendo dentro de las residencias grupos de convivencia más pequeños, estructurados mediante el análisis de la biografía, no mayores de 12 personas. Estas unidades pasan a configurar la unidad organizativa del edificio. Se caracterizan por su grado de descentralización y autonomía, buscando la implicación activa de los usuarios en las mismas. (Montero, 2012)

Este modelo residencial ya presenta un verdadero avance con respecto a otros modelos como el caso español, que para este estudio conviene señalar. En España aún hoy día no se dispone de unas pautas con el grado de sofisticación necesario para igualarse a los modelos más avanzados de Europa. España actualmente tiene un modelo similar al de la tercera generación de residencias alemanas, un desfase cronológico importante si se tiene en cuenta que el estado teutón abarca actualmente el proceso que generará la quinta generación de residencias.

El modelo alemán apuesta por la presencia continua del personal, la descentralización de servicios como cocina, lavandería y administración. Busca potenciar que las personas sean dueñas de su convivencia y de su toma de decisiones. Se establece un espacio de aproximadamente 40 m² por cada persona organizados en grupos de 3 a 6 unidades. Esta experiencia está relacionada con otras también establecidas en Francia y los Países Bajos. (Montero, 2012)

Como se aprecia, estas normas con las que constituir las residencias se alejan por completo del modelo más tradicional instaurado en España. Este hecho dota al caso alemán de un especial énfasis por la construcción de un edificio alejado del concepto tipológico predominante y apuesta claramente por un modelo más fluido. Este modelo consigue dotar al arquitecto de una serie de premisas a cumplir y las herramientas para hacerlo.

En Alemania se marca un claro camino hacia la diferenciación de la residencia para mayores con cualquier otra tipología hospitalaria o similar. El problema como advierte Raabe consiste en distanciar en todo lo posible lo que se da por asimilado y buscar que el proceso no tenga en absoluto nada que ver con el modelo institucional sanitario. La residencia debe, según estas líneas de pensamiento, estar lo más cercana posible a la casa y la comunidad que a la institución.

5.3.4 LA VIDA EN LA RESIDENCIA.¹⁹

Para entender las relaciones que se producen entre el modelo tipológico de residencia y las personas que están internas en ellos, es necesario acudir a datos y estadísticas que aporten una visión objetiva sobre el campo estudiado. Para la disciplina arquitectónica es fundamental atender a qué necesidades y qué interacciones sufren los usuarios de los edificios, para tener de esta manera un conocimiento preciso sobre cómo debe evolucionar la ideación proyectual.

La elaboración de estas encuestas posibilitan un análisis necesario y positivo para enfocar el problema residencial, incorporando a la visión arquitectónica una serie de datos objetivos y estimaciones que serán de vital importancia en el desarrollo de este trabajo. Estos datos pueden ser contrastados en el análisis tipológico de diferentes residencias y comprobar si el proyecto arquitectónico responde a estas cuestiones de manera efectiva.

	Edad		Total
	Menos de 85 años	85 y más años	
Por no estar sola	28,1	37,7	33,3
Porque no podía atender la casa	4,9	5,0	4,9
Por estar mejor atendida	10,8	8,2	9,3
Por acompañar a mi marido	3,2	2,3	2,7
Por no estorbar a mi familia	5,9	14,1	10,5
Por estar más libre	0,0	0,9	0,5
Para estar más seguro en el futuro	0,0	1,8	1,0
No puedo valerme por mí misma	14,6	7,7	10,8
No tenía otra solución	3,2	2,7	2,9
No tengo familia	2,7	2,7	2,7
Por motivos de salud	16,8	9,1	12,7
Porque mi familia no puede hacerse cargo	7,6	5,0	6,1
Motivos económicos	0,0	0,0	0,2
Otros... me lo aconsejaron	0,5	0,5	0,5
No sabe	0,0	1,8	1,0
No contesta	1,6	0,5	1,0
N	185	220	409

Fig: 5.15 Motivo principal por el que vive en una residencia, Imserso 2004

En el cuadro se aprecia claramente que los motivos más importantes por los que ingresar en una residencia son la soledad, los problemas derivados de la incapacidad y la atención y las cargas familiares. Esto traducido a la perspectiva arquitectónica plantea los problemas de socialización, adecuación del entorno y servicios implantados como vitales para la proyección de los edificios residenciales. Si el porcentaje más amplio en la motivación para vivir en una residencia radica en no estar solos, las residencias deben diseñarse teniendo en cuenta este factor. En el desarrollo de la investigación este será uno de los puntos de mayor importancia, buscando las pautas que posibiliten las relaciones entre los internos de la manera más natural y socialmente más activa.

¹⁹ Extraídos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias, Observatorio de Mayores-Imserso 2004.

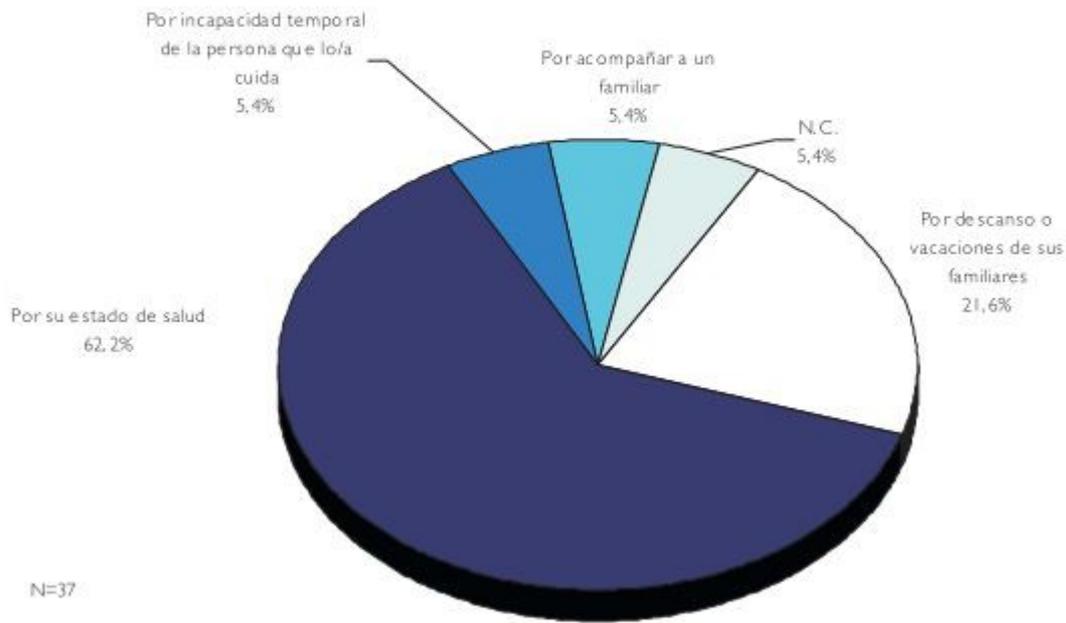


Fig: 5.16 Motivo principal por el que decide pasar una estancia temporal en una residencia, Imserso 2004

Este gráfico muestra el motivo principal de porque se efectúa una estancia temporal dentro de una residencia para personas mayores. Se observa con claridad que el motivo fundamental es tener un problema de salud, esto conlleva que las residencias deben tener las suficientes características sanitarias como para responder ante esta demanda. Este dato incide directamente sobre la necesidad de establecer espacios suficientes para desarrollar trabajos de consulta, fisioterapia, enfermería o ejercicio. El siguiente motivo de más notoriedad radica en el descanso de los familiares que se encargan del cuidado de la persona mayor. Esto conlleva a que esta estancia en la residencia está vinculada con una periodicidad indefinida, por lo que se debe facilitar la rápida adaptación del interno. Este hecho tiene una difícil aplicación al campo de la arquitectura, aunque el estudio de proyectos puede que se den algunas fórmulas que ayuden a satisfacer esta situación

(Porcentajes horizontales)

	Alquilada	Propiedad	Cedida, prestada	Ns/Nc	N
Ambos sexos					
Total	22,2	74,1	2,7	1,0	583
Menos de 85 años	22,2	75,6	2,1	0,0	300
85 y más años	21,7	73,0	3,3	2,0	278
Varones					
Total	19,4	79,1	1,6	0,0	174
Menos de 85 años	23,2	74,4	2,4	0,0	115
85 y más años	13,0	87,0	0,0	0,0	58
Mujeres					
Total	23,2	72,3	3,1	1,4	409
Menos de 85 años	21,7	76,3	2,0	0,0	185
85 y más años	23,7	69,7	4,0	2,5	220

Fig: 5.17 Régimen de tenencia de la vivienda en la que vivía antes de ingresar en una residencia, Imserso 2004

Los datos de esta tabla demuestran la vinculación y arraigo producidos en las personas mayores con su vivienda y da pie a entender los fenómenos de desarraigo que se producen en una residencia. La amplia mayoría de los usuarios de residencias para personas mayores tienen una vivienda en propiedad, por tanto una pertenencia propia, siendo esto es totalmente opuesto a un modelo institucional de residencia.

Para entender el arraigo por la vivienda propia, y la vinculación y adaptación de las personas mayores con ellas, son esclarecedores los datos de la siguiente tabla. Los datos manifiestan que mayoritariamente los residentes tienen una valoración muy positiva de sus viviendas en el grado de comodidad y su relación con el entorno inmediato. Cuando una persona abandona su hogar para ingresar en una residencia tiene que afrontar la adaptación a un nuevo entorno y a un lugar desconocido. La arquitectura puede afrontar esta situación mediante el uso de herramientas que potencien la personalización de los espacios, lenguajes arquitectónicos entendibles para los usuarios, mobiliarios, espacios comunes y muchos más recursos.

	Edad		Total
	Menos de 85 años	85 y más años	
Comodidad de la vivienda			
Muy cómoda	33,0	32,4	32,8
Cómoda	40,3	45,7	42,9
Regular	14,0	7,9	11,0
Incómoda	8,7	5,4	7,2
Muy incómoda	2,3	2,9	2,6
Ns/Nc	1,7	5,8	3,6
Grado de satisfacción con la vida en el barrio o municipio			
Muy satisfecho/a	39,3	44,2	41,9
Satisfecho/a	43,3	45,0	44,1
Regular	12,0	3,2	7,7
Insatisfecho/a	3,3	2,9	3,1
Muy insatisfecho/a	1,0	0,4	0,7
Ns/Nc	1,0	4,3	2,6
N	300	278	583

Fig: 5.18 Valoración de la comodidad de su vivienda y grado de satisfacción con su entorno, Imsero 2004

	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	Menos de 85 años	85 y más años	
Muy cerca de la residencia	25,9	23,5	24,3	23,4	24,2
Lejos, pero en el mismo barrio o municipio	23,0	26,4	23,7	27,7	25,4
Lejos, en otro barrio o municipio	31,0	33,7	33,0	33,1	32,9
Ni cerca, ni lejos	2,9	3,4	3,3	3,2	3,3
Nc	17,2	13	15,7	12,6	14,2
N	174	409	300	278	583

Fig: 5.19 Distancia entre la vivienda anterior y la residencia, Imsero 2004

Otro factor destacado es la distancia entre el lugar de residencia tradicional del interno y la ubicación de la residencia. En este aspecto se ve que la diversidad es prácticamente equitativa entre distancias cercanas, medias y largas. Este hecho responde a las diferentes situaciones de los usuarios. Existen diferencias entre zonas rurales, zonas urbanas altamente equipadas o zonas de centros urbanos muy consolidados. Estos datos tienen que ser estudiados en la planificación urbana de este tipo de equipamientos y su radio de acción.

	Estancia permanente			Estancia temporal
	Edad		Total	
	Menos de 85 años	85 o más años		
Decisión de ir a vivir en una residencia				
Mía, aunque tengo familia	60,5	56,2	58,5	21,6
Mía, porque no tengo familia	8,4	9,9	9,1	0,0
De mi familia	13,4	17,9	15,5	32,4
Fue una decisión conjunta	10,0	10,2	10,1	32,4
Servicios Sociales	7,0	5,1	6,1	5,4
No contesta	0,7	0,7	0,7	8,1
Elección de la residencia en la que vive				
Yo	52,8	47,8	50,4	24,3
Mi familia	27,8	33,9	30,7	59,5
Amigos o conocidos	3,7	5,8	4,7	2,7
Servicios Sociales	13,4	10,2	11,9	5,4
Sacerdote	1,3	0,4	0,9	0,0
No contesta	1,0	1,8	1,4	8,1
N	299	274	573	37

Fig: 5.20 Agentes que intervinieron en la decisión de ingresar en una residencia y en la elección de la residencia en la que está viviendo, Imserso 2004

De la Figura 5.20 se obtienen datos acerca de los agentes que intervienen en la decisión de ir a una residencia y cual elegir. En la decisión es mayoría la elección propia en el caso de la estancia a largo plazo, por el contrario, las estancias temporales están sometidas a una mayor distribución de motivos en los que la familia cobra mucha importancia. En el caso de la elección de la residencia se atestigua como una decisión entre individuo y familia siendo muy minoritarias los otros agentes. Estos datos indican entre otras cosas que la arquitectura debería enfocar su visión sobre individuo y familia a la hora de trabajar determinadas herramientas y procesos.

	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Nada, sigue igual	15,4	10,6	12,0
Comodidad	45,0	41,3	42,4
Tranquilidad	33,1	36,4	35,4
Se siente acompañado/a	20,7	31,9	28,6
Se siente como en mi casa	13,6	11,4	12,0
Ha mejorado su salud	7,7	8,9	8,6
Tiene más independencia	5,9	5,9	5,9
Se siente bien atendido/a o bien tratado/a	4,7	3,7	4,0
Ha resuelto sus problemas económicos	1,8	1,2	1,4
Aseo	1,2	0,7	0,9
Se siente más contento/a	1,2	0,5	0,7
Ha mejorado su alimentación	1,2	0,2	0,5
Recibe asistencia médica	0,0	0,7	0,5
Otros	3,0	1,0	1,6
No sabe	0,0	2,0	1,4
No contesta	0,0	0,2	0,2
N	169	404	573

Fig: 5.21 Aspectos positivos del ingreso en una residencia, Imserso 2004

Los aspectos más destacados como positivos para las personas mayores que ingresan en una residencia se centran en la comodidad, la tranquilidad y la compañía. Estos factores se abarcan desde la arquitectura con diversos procesos de diseño y herramientas del proyecto. No obstante, parece que hay que hacer más hincapié en otros aspectos que la geriatría y la gerontología entienden como fundamentales y que no son referidos por los usuarios.

	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Nada, sigue igual	55,6	52,7	53,6
Añoranza	8,3	9,4	9,1
Tristeza, pena	4,7	7,7	6,8
Falta de intimidad	5,9	5,9	5,9
Se siente solo/a	7,1	5,4	5,9
No se acostumbra	3,6	5,7	5,1
Falta de independencia	4,1	3,7	3,8
Problemas de convivencia	2,4	4,0	3,5
Se siente abandonado/a	1,8	2,5	2,3
La comida	0,6	2,0	1,6
Desconfianza	0,0	0,7	0,5
Mezcla de válidos y asistidos	0,0	0,7	0,5
El personal de la residencia	0,6	0,5	0,5
No se siente bien tratado/a	0,0	0,5	0,4
Se aburre	0,6	0,2	0,4
La religión	0,6	0,2	0,4
Otros	1,8	0,7	1,0
No sabe	5,9	8,9	8,0
No contesta	1,8	1,7	1,7
N	169	404	573

Fig: 5.22 Aspectos negativos del ingreso en una residencia por los propios residentes, Imserso 2004

En los aspectos negativos parece darse una relación desigual, la práctica mitad de los encuestados afirman no encontrar más aspectos negativos que en su situación actual. Sin embargo aparece una gran diversidad de porcentajes bajos en diversos aspectos negativos relacionados con sentimientos. La soledad, la tristeza o la añoranza aparece significativamente. Este hecho es curioso puesto que en los aspectos positivos no destacaban sentimientos personales sino colectivos y relaciones físicas con el entorno.

Porcentajes horizontales

	Solo/a	En compañía de otras personas	No contesta	N
Ambos sexos				
Total	20,6	75,6	3,8	573
Menos de 85 años	21,1	75,6	3,3	299
85 o más años	20,1	75,5	4,4	274
Varones				
Total	22,5	72,2	5,3	169
Menos de 85 años	23,7	71,9	4,4	114
85 o más años	20,0	72,7	7,3	55
Mujeres				
Total	19,8	77,0	3,2	404
Menos de 85 años	19,5	77,8	2,7	185
85 o más años	20,1	76,3	3,7	219
Residentes temporales	16,2	78,4	5,4	37

Fig: 5.23 Preferencias de los residentes sobre la soledad o compañía de otros en su tiempo libre, Imserso 2004

Es apreciable que la mayoría de personas que son internos de una residencia prefieren ejecutar actividades de manera social, es decir, acompañados. Sin embargo, existe una quinta parte de estos residentes que prefieren estar en soledad. Este hecho plantea la necesidad de ofrecer la posibilidad de elección del usuario ante estas situaciones.

	Edad		Total
	Menos de 85 años	85 o más años	
Ver la TV	77,3	69,0	72,8
Oír la radio	41,1	42,5	41,8
Leer	37,3	31,5	34,2
Ir a un parque, pasear fuera de la residencia	29,7	19,6	24,3
Hacer algún deporte/gimnasia	23,8	24,2	24,0
Ayudar a otros residentes	21,6	14,2	17,6
Ir a un bar o cafetería fuera de la residencia	15,1	2,7	8,4
Hacer recados, comprar alguna cosa	17,3	7,3	11,9
Ir a la iglesia o parroquia fuera de la residencia	15,7	13,7	14,6
Hacer manualidades, bricolaje	15,1	11,9	13,4
Coser, hacer punto	14,1	12,3	13,1
Reunirse con amigos fuera de la residencia	8,6	5,5	6,9
Asistir a clases, charlas	5,4	5,0	5,2
Ir a casa de familiares	3,2	3,7	3,5
Estar con niños o con jóvenes	4,3	3,2	3,7
Asistir a espectáculos fuera de la residencia	2,2	0,5	1,2
Dar clases, enseñar a otros	2,2	0,5	1,2
Ir de excursión	1,6	0,9	1,2

Fig: 5.24 Actividades realizadas en una semana, Imserso 2004

<i>Multirrespuesta</i>	Total	Sexo	
		Varones	Mujeres
Asistir a espectáculos fuera de la residencia	13,1	15,4	12,1
Ir de excursión	11,2	16,0	9,2
Reunirse con amigos fuera de la residencia	8,4	10,7	7,4
Ir a casa de familiares	8,2	8,3	8,2
Ir a un parque, pasear fuera de la residencia	7,7	7,7	7,7
Coser, hacer punto	7,5	5,3	8,4
Bailar	6,5	3,0	7,9
Ir a un bar o cafetería fuera de la residencia	5,4	4,7	5,7
Dar clases, enseñar a otros	5,4	4,1	5,9
Hacer manualidades, bricolaje	4,9	4,1	5,2
Ir a la iglesia o parroquia fuera de la residencia	4,7	4,1	5,0
Asistir a clases, charlas	4,0	4,1	4,0
Hacer recados, comprar alguna cosa	3,5	3,6	3,5
Estar con niños o con jóvenes	3,5	4,1	3,2
Hacer algún deporte/gimnasia	3,0	4,1	2,5
Ayudar a otros residentes	2,8	2,4	3,0
Leer	2,6	0,6	3,5
Oír la radio	0,7	0,6	0,7
Ver la TV	0,5	0,0	0,7
N	573	169	404

Fig: 5.25 Actividades que no realizan y les gustaría realizar, Imserso 2004

La realización de actividades dentro de la residencia constituye una parte fundamental de la constitución de una calidad de vida adecuada para sus usuarios. Los datos destacan la realización de actividades cotidianas de poco impacto en los habitantes como pueden ser ver la televisión o la lectura, por otro lado, se aprecia la necesidad de fomentar las salidas del centro. Desde la arquitectura estos hechos están relacionados con la ubicación urbana, los espacios exteriores y las dotaciones que en ellos se encuentran. La permeabilidad de las residencias es un factor que debe ser tenido en cuenta en el estudio. Otro punto importante a destacar sería la disposición de espacios multifuncionales que puedan albergar diferentes actividades para atender a las demandas de los internos. Estos espacios ambivalentes propician la flexibilidad del edificio y mejora consistentemente su capacidad de albergar un abanico más amplio de recursos.

*En los datos de la encuesta no se encuentran referencias sobre sexualidad. Para tener información sobre este aspecto es posible consultar *Informe anual sobre personas mayores del Imserso 2014* que en su apartado número 5 *Formas de convivencia, vida cotidiana y actitudes hacia cuestiones sociales relevantes*, donde se puede encontrar información sobre algunos de estos aspectos. Sin embargo, no se ha podido encontrar información de primera mano sobre el estado de la vida en pareja dentro de las residencias. Este hecho se aleja de los postulados defendidos por las teorías del envejecimiento activo que buscan la total capacidad de elección de las personas mayores como cualquier otro sector social y poblacional más de nuestro sistema. Es cierto que dentro de los datos estadísticos publicados en diversos informes como los del Imserso se encuentra información sobre el estado civil y las parejas que se mantienen juntas dentro de las residencias, aunque no existen datos sobre las personas que se encuentran solteras o viudas, ni en relación a las relaciones íntimas que pueden desarrollarse con otros usuarios de las propias residencias.

5.4 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE ARQUITECTURA Y ENVEJECIMIENTO.

A la luz de los datos estudiados se pueden realizar una serie de aproximaciones hacia la solución de diversos problemas que la arquitectura plantea frente al envejecimiento poblacional. En concreto, los estudios desarrollados en los últimos años desvelan un conjunto de factores que tienen una incidencia directa sobre el proyecto de una residencia para personas mayores.

Antes de introducir los trabajos desarrollados propiamente por la investigación, se estima conveniente establecer una serie de reflexiones y acercamientos que pongan en relación los datos extraídos en los apartados expuestos. Esta puesta en común sobre los antecedentes y las situación actual del reto del envejecimiento para/con la arquitectura geriátrica, puede establecer una argumentación sólida en la que basar la continuación de la investigación.

Sumando a los datos expuestos en el punto 5.3, otra serie de investigaciones, entre las que cabe destacar las *60 consideraciones para proyectar una residencia* de Víctor Regnier, recopilación de un estudio más amplio de dicho autor, o artículos sobre calidad de vida y arquitectura en su relación con la vejez (referenciados en la bibliografía del trabajo). Se pueden apreciar una serie de principios generales que deben estar aplicados al diseño de estos edificios para su correcto funcionamiento y posibilitar una mejor calidad de vida.

Estos factores generales podrían estructurarse en diferentes apartados para tener una visión esquemática de los mismos.

GESTIÓN

La gestión del proyecto incluso antes de su construcción ya plantea una serie de cuestiones sobre las que arrojar luz. En primer momento se comprueba, por los modelos nórdicos desarrollados, que es fundamental establecer una serie espacios donde los diferentes actores vinculados con el proceso puedan poner temas en común.

Estos actores conformados por administración, encargados del proyecto, empresa (pública o privada), especialistas y representación social deben de cumplir con la misión de establecer las pautas para desarrollar el proyecto. Actualmente no existe en España una normativa que recoja cómo deben producirse estos encuentros y puestas en común, al igual que no existe una regulación de tiempos para poner en marcha el proyecto. En el apartado de normativa 9.4 podrá verse este tema con más detenimiento.

Otro factor de especial relevancia en el proceso de gestión tiene que ver con el estudio territorial de su ubicación. No existen unos baremos en nuestro país que regulen la distribución de los centros residenciales y qué cuotas deben cubrir. Se detecta un mayor número de centros en zonas territoriales más desarrolladas económica y socialmente, quedando deprimidas las zonas rurales.

Se debe tener en cuenta que una residencia sea pública o privada cumple una función social, por ello se entiende necesario una mayor incorporación de personal cualificado en su gestión y un mayor control institucional que mejore la calidad de la misma.

URBANISMO

La residencia de mayores constituye el hogar de un grupo social que normalmente desarrolla en ella sus últimos años de vida. El entorno del lugar donde se edifica una residencia tiene una repercusión directa sobre sus usuarios y es necesario que quede regulado por parte de los expertos.

El urbanismo incide especialmente en la vida cotidiana de la residencia: comunicaciones, servicios, capacidad de independencia, vinculación con la sociedad o sentimiento de pertenencia. Son algunos de los temas que afectan a los usuarios. Un entorno agresivo o contaminado puede suponer un grave problema para los residentes. Un entorno excesivamente aislado puede provocar la desconexión total con la sociedad.

La ubicación dentro o fuera de la ciudad, en un medio urbano consolidado o en un entorno natural, los accesos, los servicios públicos de transporte, la visibilidad y la imagen del edificio en referencia a su ámbito, son factores muy a tener en cuenta a la hora de diseñar una residencia.

DISEÑO

El diseño juega un papel vital a la hora de realizar una residencia para personas mayores que sea funcional, y que a su vez sea capaz de ofertar la mayor calidad de vida posible.

Dentro del diseño son muchos los factores de los que se deben hablar, pasando desde la creación de los espacios comunes de gran escala hasta el color de las paredes o el material de las puertas.

Los espacios deben propiciar los encuentros, evitar la reproducción hospitalaria, buscar generar intersticios que dilaten los usos o facilitar la orientación dentro de ellos. A la vez, deben buscar una correcta funcionalidad, ser precisos y reconocibles, permitir disposiciones sectoriales o modificarse según las necesidades.

El diseño también debe buscar las mejores condiciones de iluminación natural, ventilación, zonas al aire libre, espacios de esparcimiento o utilizar lenguajes arquitectónicos que puedan crear empatía con los residentes. También es cuestión del diseño la preocupación por el uso adecuado de materiales, controlar las reacciones sensoriales ante los colores, los espejos y las formas, adecuar el mobiliario e intentar crear una relación directa de identidad en los usuarios.

No pueden pasarse por alto cuestiones de seguridad, accesibilidad y salud. Las residencias deben cumplir rigurosamente todas las cuestiones normativas e incluso implementarlas. La accesibilidad se convierte dentro de una residencia en un factor de mucho peso y que puede afectar en gran medida al diseño general del edificio.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

En los últimos años la tecnología se ha convertido en parte fundamental dentro de cualquier ámbito. En la arquitectura su incorporación está posibilitando una serie de recursos que deben ser contemplados para el presente y futuro. Dentro de una residencia son muchas las mejoras que se pueden conseguir empleando estas nuevas tecnologías y utilizándolas en el día a día de sus usuarios. Con ellas la calidad de vida de los residentes mejora y también la de los trabajadores de los centros. Por ello, no tiene lugar plantear nuevos proyectos sin antes hacer un estudio de las posibilidades que las TIC ofrecen.

6. HIPÓTESIS

El entendimiento del envejecimiento poblacional, posibilita a la arquitectura para dar respuesta a una serie de problemas generados por este fenómeno demográfico y social. Las necesidades habitacionales de este grupo poblacional, que aumenta exponencialmente, deben ser resueltas de una manera efectiva y teniendo en cuenta la complejidad del proceso.

La arquitectura, a través de una aproximación multidisciplinar al hecho y a través de una información precisa y rigurosa sobre las personas mayores y sus necesidades habitacionales, puede aportar una serie conocimientos contrastados de aplicación directa al proyecto arquitectónico. Para esto puede establecerse una serie de pautas o normas cuya aplicación, en este caso a la tipología de residencia de mayores, mejore la calidad de vida de aquellas personas usuarias de estos edificios.

7. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

7.1 OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de este trabajo es contribuir al conocimiento sobre el estado del envejecimiento poblacional desde una perspectiva arquitectónica y aportar una metodología para analizar la tipología mediante análisis de proyectos.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Recopilar información multidisciplinar sobre el envejecimiento poblacional para establecer una relación histórica del fenómeno, entender sus implicaciones y su evolución.
- Dar forma a un proceso de entendimiento desde el punto de vista arquitectónico del envejecimiento y los requerimientos que sobre la arquitectura como ciencia y arte social requiere.
- Encontrar la relación entre los servicios sociales, las demandas específicas de la vejez y la arquitectura, enmarcadas dentro del enfoque de la tipología estudiada.
- Establecer una serie de edificios que sirvan de ejemplo a lo largo de los años de una tipología concreta como la residencia de personas mayores que formen un espectro lo suficientemente amplio como para obtener conclusiones consolidadas y argumentadas.
- Elaborar una relación de buenas prácticas para el proyecto arquitectónico de centros residenciales para personas mayores.
- Elaborar una alternativa normativa que se ajuste a los requerimientos reales de dichos centros.
- Contribuir en lo posible a una apreciación de la arquitectura como herramienta social a disposición de los ciudadanos y del conocimiento común.

8. METODOLOGÍA

8.1 MÉTODO

En esta investigación se lleva a cabo una metodología cualitativa y comparativa:

Se establecen una serie de edificios representativos de la tipología que estamos estudiando, se recoge en tablas una serie de datos de cada uno de ellos y sobre estos datos se establecen una serie de comparaciones. Para clarificar la idoneidad de unos aspectos frente a otros hay que situar las necesidades de los usuarios en el centro de la cuestión, para ello es necesario haber recopilado una serie de información sobre el estado de la cuestión que nos aporte una visión global del envejecimiento demográfico y las necesidades que en los usuarios implica.

La elección de estos edificios está sustentada en la calidad arquitectónica de los edificios, realizados por estudios de arquitectura contrastados, por el espectro temporal que abarcan y por las diferentes formas que tienen uno respecto de otros de solucionar el proyecto. En el punto 9.1 se recogen unos cuadros comparativos, y posteriormente en el Anexo I se incorporan unas fichas acerca de los modelos que han sido estudiados con mayor detenimiento. Se intenta tener un buen número de ejemplos actuales con los que entender el estado actual de este tipo de proyectos.

Se ha podido contar en la realización de la investigación con el análisis de un caso de estudio en el que poder realizar trabajos de campo. Este caso de estudio se analiza en el punto 9.2 y ha permitido la realización de encuestas y entrevistas recogidas en el Anexo II, cuyos datos se discuten en el punto 9.3.

Esta metodología basada en entrevistas no estructuradas y encuestas:

El objetivo es acercarse a la visión de los usuarios y sus necesidades lo máximo posible realizamos una serie de entrevistas y encuestas al personal que trabaja en los centros, a los familiares y a los habitantes o internos. Esta metodología nos ayuda a centrar el discurso desde las necesidades concretas y contrastadas.

8.2 MATERIALES

Los materiales utilizados son básicamente bibliográficos y de consulta en la web a excepción de las entrevistas y encuestas de elaboración propias.

8.3 TÉCNICAS

La técnica que se lleva a cabo es fundamentalmente el análisis de contenidos, la extracción de datos mediante observación y estudio de los proyectos y la elaboración de tablas comparativas. Se une la introducción de realización de entrevistas y encuestas no estructuradas.

También se ha utilizado la elaboración de tablas, cuadros y material gráfico para el análisis.

9. DESARROLLO

El cuerpo de desarrollo de este trabajo está estructurado en varias partes. En la primera se justifica la elección de una serie de modelos residenciales para personas mayores y su análisis. Una vez producido este análisis se elaborará una relación de elementos que provocan ventajas o inconvenientes para el desarrollo del envejecimiento activo. A continuación se procede al análisis de la normativa de aplicación, identificando sus puntos fuertes y débiles, en este caso, centrada en la Comunidad Autónoma de Andalucía, como marco controlable. Este punto del trabajo de investigación cobra sentido unido a los anexos que se han elaborado para justificar los datos extraídos.

9.1 ANÁLISIS DE MODELOS TIPOLÓGICOS

Para realizar esta investigación se ha debido producir previamente una selección de casos apropiados para su análisis. El criterio seguido para escoger los siguientes edificios analizados se basa en tres aspectos fundamentales:

1. Cronología: Se ha pretendido abarcar un espectro temporal amplio para ver la evolución del modelo tipológico. Se toma como punto de partida el final de la II Guerra Mundial y la preocupación incipiente de la arquitectura por su servicio social y su capacidad para transformar la vida cotidiana.
2. Ubicación: Se ha intentado encontrar modelos residenciales que mantuviesen una dicotomía entre España y países de mayor desarrollo en ámbitos sociales a nivel global, sobre todo en Europa
3. Calidad Arquitectónica: Se han tomado edificios de arquitectos o estudios con capacidad y prestigio contrastado. Muchos de ellos vinculados con la investigación teórica de la arquitectura, hecho que potencia las decisiones tomadas en el diseño de las obras estudiadas.

Así la relación de edificios que para analizar está compuesta por los siguientes edificios:

- *De Die Hoven*. (1972) Amsterdam, Holanda. Herman Hetzberguer.
- *Residencia de ancianos*. (1987) Madrid, España. Sancho – Madrilejos.
- *Old People's House*. (1994) Yatushiro, Japón. Toyo Ito.
- *Residencia y Centro de Día*. (1996) Campdevanol, España. Josep Lluís Mateo y Jaume Avellaneda.
- *Centro Sociosanitario Geriátrico Santa Rita*. (2002) Menorca, España. Manuel Ocaña.
- *Alcacer do Sal Residences*. (2010) Alcacer do Sal, Portugal. Aires Mateus.
- *Residencia de Mayores y Centro de Día*. (2010) Madrid, España. GEED Arquitectos.
- *Centro Residencial Cugat Natura*. (2012) San Cugat del Vallés, España. JF Arquitectos
- *Residencia Hogar de Cuidados Andritz* (2015) Graz, Austria. Dietger Wissouning Architeecten.
- *Residencia de mayores* (2016) Valladolid, España. Óscar Miguel Ares Álvarez.

En el Anexo I de este trabajo se encuentran recogidas las fichas descriptivas que han servido como herramienta para realizar los siguientes cuadros comparativos.

En este apartado se recoge una composición gráfica que pretende establecer de manera conjunta una visión completa de los edificios para que puedan ponerse en relación sus principales características de manera clara y concisa. No se pretende hacer una descripción gráfica de la teoría y composición de las obras, más bien se trata de extraer los conceptos fundamentales que definen el programa y los objetivos del proyecto.

UBICACIÓN URBANA	RELACIÓN CON EL ENTORNO	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	PROPORCIÓN ZONAS EXTERIORES	DISTRIBUCIÓN	USOS	UNIDAD ORGANIZATIVA	RECORRIDOS EXTERIORES	ZONAS COMUNES	TIPO DE HABITACIÓN	
										DE DIE HOVEN. 1972 AMSTERDAM, HOLANDA
										RESIDENCIA DE ANCIANOS. 1987 MADRID, ESPAÑA
										OLD PEOPLE'S HOUSE. 1994. YATUSHIRO, JAPÓN
										RESIDENCIA DE ANCIANOS. 1996. CAMPDEVANOL, ESPAÑA
										CENTRO SOCIO-SANITARIO SANTA RITA. 2002. MENORCA, ESPAÑA
										RESIDENCIA ALCÁ CER DO SAL. 2010. ALCÁ CER DO SAL. PORTUGAL
										RESIDENCIA DE ANCIANOS. 2010. MADRID, ESPAÑA.
										CENTRO RESIDENCIAL CUGAT NATURA. 2012 SAN CUGAT DEL VALLÉS, ESPAÑA
										RESIDENCIA HOGAR DE CUIDADOS ANDRITZ. 2015. GRAZ, AUSTRIA
										RESIDENCIA DE MAYORES. 2016 VALLADOLID, ESPAÑA

	EQUIPAMIENTO EN HABITACIONES	USO ZONAS EXTERIORES	MATERIALIDAD	EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO	SECTORIZACIÓN DEL EDIFICIO	
						DE DIE HOVEN. 1972 AMSTERDAM, HOLANDA
						RESIDENCIA DE ANCIANOS. 1987 MADRID, ESPAÑA
						OLD PEOPLE'S HOUSE. 1994. YATUSHIRO, JAPÓN
						RESIDENCIA DE ANCIANOS. 1996. CAMPDEVANOL, ESPAÑA
						CENTRO SOCIO-SANITARIO SANTA RITA. 2002. MENORCA, ESPAÑA
						RESIDENCIA ALCÁ CER DO SAL. 2010. ALCÁ CER DO SAL. PORTUGAL
						RESIDENCIA DE ANCIANOS. 2010. MADRID, ESPAÑA.
						CENTRO RESIDENCIAL CUGAT NATURA. 2012 SAN CUGAT DEL VALLÉS, ESPAÑA
						RESIDENCIA HOGAR DE CUIDADOS ANDRITZ. 2015. GRAZ, AUSTRIA
						RESIDENCIA DE MAYORES. 2016 VALLADOLID, ESPAÑA

LEYENDA:				
	EXTRA RADIO DE CIUDAD		RELACIÓN ZONAS EXTERIORES/ SUPERFICIE CONSTRUIDA >1	
	ZONA NO URBANA		RELACIÓN ZONAS EXTERIORES/ SUPERFICIE CONSTRUIDA < 0.5	
	EXCASA CONEXIÓN URBANA		RELACIÓN ZONAS EXTERIORES/ SUPERFICIE CONSTRUIDA >0.5	
	CONEXIONES URBANAS INTERMEDIAS		USO RESIDENCIAL ATENDIDO	
	NINGUNA REFERENCIA URBANA		ASISTENCIA A ENFERMOS	
	LENGUAJE BRUTALISTA		USO VIVIENDA	
	LENGUAJE CONTEMPORÁNEO		UNIDAD ORGANIZATIVA HABITACION	
			MOBILIARIO ADAPTADO	
			ESPACIO INTERMEDIO INDIVIDUAL	
			CELEBRACIONES	
			DEPORTES	
			REUNIÓN Y SOCIALIZACIÓN	
			BAÑO PROPIO	
			ZONAS AJARDINADAS	
			SALAS OCUPACIONALES	
			SALA MULTIFUNCIONAL	
			GALERÍAS ABIERTAS	
			ZONAS DE ESPARCIMIENTO	
			MATERIALES Duros y FRÍOS	
			MATERIALES CALIDOS	
			ORIENTACIÓN Y SEÑALIZACIÓN	
			CONEXIÓN A INTERNET	
			SEGURIDAD	
			CLIMATIZACIÓN	
			TELEVISIÓN, RADIO O SIMILARES	

En estas tablas comparativas se pretende resumir los análisis realizados en el Anexo 1, para de forma esquemática, tener una visión gráfica y de conjunto de las características de estas residencias.

Existen una serie de aspectos generales referentes a la incidencia de la luz natural, la ventilación o la privacidad que son de obligado cumplimiento normativo y que se cumplen en todas las obras estudiadas. Es por eso que aquí se recogen aspectos fundamentales del funcionamiento de la residencia que tienen una estrecha relación con las decisiones de proyecto.

El análisis de todos estos factores puede otorgar un conocimiento general de aplicación directa sobre el diseño arquitectónico. Aún así, cabe destacar que conlleva una gran dificultad establecer un criterio único que posibilite unas normas muy concretas para definir el proceso de proyecto, ya que existen parámetros que dependen de la captación sensorial y la percepción de los usuarios.

9.2 CASO DE ESTUDIO: LA RESIDENCIA SENIORS RONDA

Para la elaboración de esta investigación se contó con la posibilidad de analizar un caso de estudio, la residencia Seniors Ronda. Seniors es una empresa privada dedicada a la construcción, gestión y explotación de residencias para personas mayores. La empresa cuenta con un total de 11 residencias en la provincia de Málaga situadas la mayoría en entornos litorales.

Seniors es una empresa que apuesta por una serie de directrices claras para construir sus residencias, las principales son apostar por ubicaciones seminaturales y por un modelo residencial cercano al hotelero de altas prestaciones.

La elección de este caso de estudio en concreto se debe principalmente a la facilidad de desplazamiento hacia el propio edificio, la colaboración prestada por la empresa desde un primer momento y la posibilidad de estudiar un centro con unas características muy marcadas de ubicación y servicios.

El análisis del edificio se efectuará en dos grandes apartados, el primero será el entorno y las condiciones urbanas, el segundo será un estudio de las características arquitectónicas del proyecto.

ENTORNO Y CONDICIONES URBANAS

La ubicación de la residencia Seniors Ronda es una de las características más notorias del centro, se encuentra a unos tres kilómetros de la localidad de Ronda y prácticamente a una distancia similar del Parque Natural de Sierra de las Nieves, dentro de una finca rodeada de nogales.



Fig: 9.1 Situación del centro residencial respecto a la localidad de Ronda

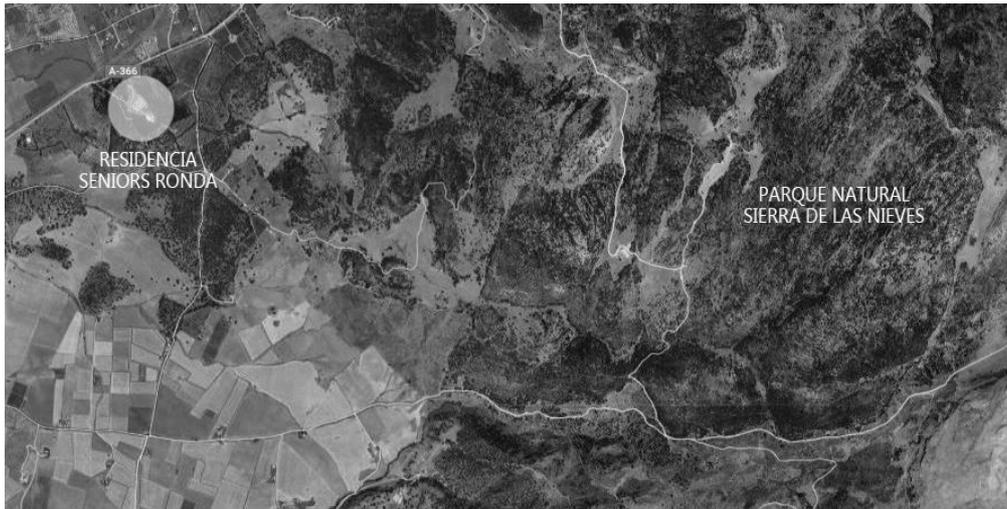


Fig: 9.2 Situación del centro residencial respecto al parque Natural Sierra de las Nieves

Las condiciones del entorno destacan por el contacto directo del centro con el medio natural, este factor proporciona amplias zonas ajardinadas en las que los residentes se encuentran fuera de cualquier estímulo urbano. La ubicación ofrece un entorno tranquilo en el que poder pasear y descansar, no obstante también plantea una serie de situaciones adversas como son: la desconexión con el núcleo urbano (lo que conlleva problemas de integración social), la distancia a la que se encuentran algunos servicios y las posibles dificultades que pueden aparecer frente a situaciones de emergencia.



Fig: 9,3 Entorno de la parcela

Como se aprecia en las imágenes la vegetación impera frente a la edificación y se ha buscado desde el proyecto que exista relaciones directas entre espacios interiores de uso colectivo y el exterior, habilitando también zonas de paso y espacios intermedios que generan filtros entre el fuera y el dentro.

El edificio se sitúa en mitad de la parcela y tiene una situación dominante sobre el camino de acceso y las zonas de césped donde se realizan actividades, así, domina los recorridos y limita el espacio acotando la escala de los jardines y estableciendo una separación con la zona productiva de la parcela que conforma una arboleda de nogales. Las palabras del propio director del centro, Francisco Javier Cano, inciden en la idea de que sus centros intentan ser un lugar de retiro en medio de la tranquilidad de la naturaleza. Esta afirmación, observando las imágenes del lugar, no está lejos de la realidad. Lo que no advierten desde la empresa es los problemas que genera este tipo de ubicaciones.

Analizando los accesos al centro se puede advertir que existe un único recorrido de llegada desde la ciudad a través de la carretera autonómica A-366, que se caracteriza por ser estrecha y no estar en muy buenas condiciones de mantenimiento, debido fundamentalmente a las fuertes riadas que descienden desde las cumbres del Parque Natural.

Otro factor determinante es la distancia que existe entre servicios de la localidad y el centro, siendo especialmente problemático el desplazamiento hacia los equipamientos sanitarios. No sólo la distancia a los servicios tiene una especial consideración, los residentes se ven sometidos a una especie de aislamiento, incapaces de formar parte de la actividad de la ciudad. No existen sistemas de transporte público entre el centro y la ciudad, por lo que la empresa establece un sistema autónomo de escaso rendimiento.

Un factor importante de señalar es que la ubicación conllevó la modificación del PGOU de la ciudad de Ronda, y en los trámites de mediación entre empresa y administración se consiguió unas condiciones de regulación urbana muy favorables para el centro. Todo ello repercute en que no existan limitaciones de superficie para los usos que el centro consideró necesarios. En las imágenes se aprecia la amplitud del complejo, hecho que benefició en gran medida para poder desarrollar el diseño sin preocupaciones para cumplir las necesidades de la normativa y de las pretensiones de la empresa.

CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS DEL PROYECTO

Lo primero que se puede analizar del edificio es su imagen, el edificio está compuesto en un lenguaje que entrelaza varios conceptos, desde reminiscencias al lenguaje clásico (pórticos, columnas, simetría) pasando por una especie de aproximación a las haciendas de las explotaciones agrícolas y llegando a introducir elementos superfluos como pérgolas y ornamentos formales. Parece que la imagen pretende desligarse de la institucionalidad, pero se aleja a la vez de una verdadera intención por recuperar una arquitectura que entrelace a los usuarios con la verdadera tradición constructiva de los entornos rurales de Andalucía.

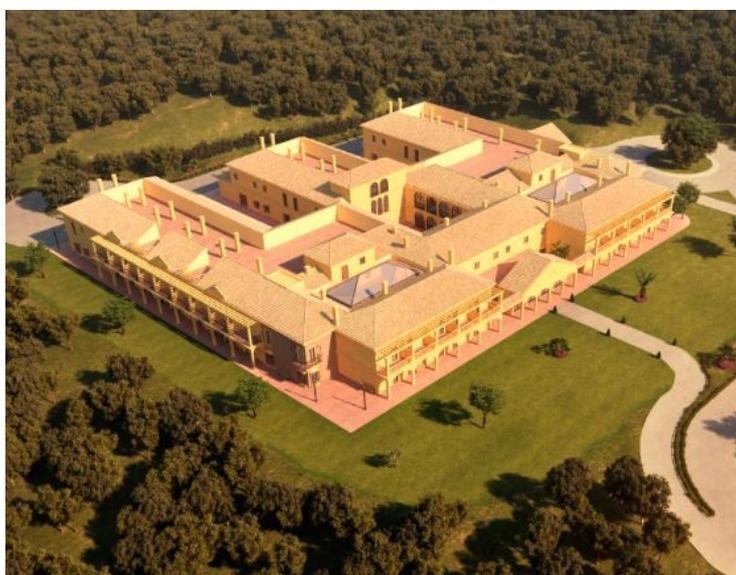


Fig: 9.4 Vista general del complejo

Una vez se avance en el estudio del proyecto quedará definido que la imagen es sólo una ornamentación de un proyecto básicamente funcional, ornamentar una configuración centrada en los usos que deben desarrollarse en el centro.



Fig: 9.5 Vista del alzado principal del edificio

El edificio se estructura en forma de peine que alterna con patios interiores que dan luz a unas galerías de circulación que separan las habitaciones de los usos comunes. Esta estructura del edificio permite fundamentalmente aprovechar la luz y la ventilación natural y permitir una fácil sectorización de las plantas de los espacios.



Fig: 9.6 Planta baja del edificio, elaboración propia

La ubicación de los patios internos funciona como dilatadores de los recorridos, pasillos y zonas de paso, y otorgan una buena calidad de vida a estos espacios donde se consigue una atmósfera adecuada para el encuentro y el paseo. Las alas consiguen establecer una organización secuencial de los espacios de uso común, quedando la pastilla de unión para albergar las habitaciones, variando esta distribución en la planta primera. En los análisis de los edificios del punto 9.1 no encontramos esta distribución en ningún edificio, pero sí en sentido opuesto, funcionando la pastilla de unión para albergar servicios generales y ubicando las habitaciones en las alas.



Fig: 9.7 Planta primera del edificio, elaboración propia

El proyecto disponía de una gran superficie por lo que los espacios proyectados tienen dimensiones holgadas para disponer en ellos sus funciones respectivas, no por ello se ha desatendido la escala en relación con las personas, así se cuenta con espacios amplios pero no desproporcionados a la actividad para los que se han proyectado. Se consigue en el proyecto una buena relación entre dimensión suficiente sin tender a generar espacios cuya percepción se aleja de la escala cotidiana del hogar.



Fig: 9.8 Vista de uno de los patios interiores y los pasillos de distribución

El edificio cuenta con tres sectores, cada uno de ellos con servicios propios de control, comedor, sala de estar y salas multifuncionales además de servicios adicionales. También cuenta con zonas para recepción de visitantes, estancias exteriores y semi- exteriores, peluquería, gimnasio, zonas médicas, biblioteca, capilla, tanatorio, centro de día, administración y dirección. Todo ello situado en las planta baja y en la primera planta.

En la planta bajo rasante se encuentran las estancias que albergan los usos de cocina, lavandería, zonas de personal, maquinaria, garaje, cuartos de almacenamiento, cuartos de basura y mantenimiento y todos los servicios de los que se debe nutrir la residencia.

Cuenta con una capacidad para 180 plazas repartidas en habitaciones dobles e individuales, todas ellas con accesos al exterior en planta baja y terraza en planta primera hacia el exterior, equipadas con un baño totalmente accesible. Cuentan con un pequeño espacio habilitado como estar dentro de la misma habitación.



Fig: 9.9 Comedor de planta baja, imagen propia

En el proyecto se ha optado por el uso de materiales cálidos, los acabados están realizados en madera y mármol. El mobiliario se aleja de la imagen hospitalaria y las paredes se pintan de colores terrosos, decoradas con imágenes de la propia ciudad de Ronda. Se pretende con esto establecer una relación de identidad con el lugar, de arraigo. Todas las estancias se encuentran lejos de identificarse con un complejo sanitario, exceptuando la zona de terapias grupales y gimnasio cuyo tratamiento es algo más acéptico. En cierto modo sí que existe una mayor proximidad hacia un modelo hotelero, aunque el mobiliario no sea el utilizado en hospitales, su repetición y monotonía, la disposición de estos en las estancias están todavía lejos de establecer espacios más relacionados con el hogar, un buen ejemplo de este tipo de usos de mobiliario diferente y juego en su disposición lo podemos encontrar en el Centro Cugat Natura analizado en el punto 9.1 y en el Anexo I.

9.3 ANÁLISIS DE ENCUESTAS Y ENTREVISTAS

En el desarrollo de esta investigación se ha contado con la posibilidad de utilizar una serie de herramientas en un caso de estudio concreto, la residencia Seniors Ronda. En este centro se han elaborado una serie de encuestas a tres grupos diferentes usuarios del edificio, los residentes, los trabajadores y los visitantes. Además se ha podido establecer una entrevista con el director del centro, Francisco Javier Recio Cano.

Estas encuestas y entrevista se recogen en el Anexo II del trabajo y de ellas se pueden extraer una serie de datos que ayudan a obtener las impresiones que los propios usuarios transmiten sobre el modelo actual de residencias y concretamente en el aplicado por el grupo Seniors.

Como en toda la investigación las preguntas y apreciaciones están organizadas en tres grupos, gestión, urbanismo y edificio. Y en cada uno de ellos se establecen diversas apreciaciones que no son coincidentes entre los diferentes usuarios en ciertos aspectos y diferentes en otros.

Para elaborar la batería de preguntas se ha revisado el punto 5.3.4 de este trabajo y se ha pretendido establecer una serie de cuestiones comunes, a través de las cuales, poder ver los diferentes puntos de vista. Cabe destacar que para trabajar las encuestas con el grupo de residentes se encontró un colectivo heterogéneo en sus capacidades. Muchos de los residentes tenían una capacidad más que suficiente para entender y contestar las preguntas, por el contrario otros padecían un deterioro senil que ha llevado a necesitar la ayuda de familiares y trabajadores para poder tener conocimiento de sus respuestas. Ha sido necesaria una labor de explicación sobre algunos asuntos reflejados en las preguntas para que los residentes pudieran completar el formulario que se les facilitó.

El análisis de los datos ofrece las siguientes observaciones:

– SOBRE LA GESTIÓN DEL PROYECTO

Existe una práctica unanimidad en señalar las deficiencias establecidas en el modelo de gestión a la hora de afrontar la construcción de un centro de estas características. Se señala directamente que los procesos administrativos pueden prolongarse durante un tiempo excesivo, existe una falta de control de la administración pública para establecer criterios de aceptación de proyectos y la necesidad de que exista un control sobre la propuesta de construcción y las características de la demanda en el territorio.

También se advierte el descontento de los usuarios por la interacción escasa entre los agentes sociales que deberían tener mayor importancia en esta primera fase del proyecto. Parece que se hace necesario establecer procesos en los que la comunidad se vea más involucrada en la gestión e ideación del centro.

– SOBRE LA UBICACIÓN URBANA Y LA RELACIÓN CON EL TERRITORIO NATURAL Y URBANO

Como se aprecia el punto 9.3 de este trabajo, la residencia que ha sido estudiada presenta unas características muy concretas de implantación urbana o territorial. Esta situación tan especial tiene mucha incidencia en sus usuarios. La gran mayoría de las personas que han participado en la elaboración de las encuestas y en la entrevista tienen un concepto positivo sobre la ubicación en zonas no urbanas de los centros, y destacan que las cualidades que tiene esta ubicación son mejores a las de una ubicación en el centro o extra radio de una ciudad o localidad.

Sin embargo, también se aprecia que se señalan especialmente algunas dificultades que la ubicación provoca a los usuarios. Las más destacables son las relacionadas con el aislamiento de los residentes y la dificultad de la gestión de algunos servicios.

Cabe destacar la importancia que todos los usuarios dan a las condiciones medioambientales y la necesidad de que estén reguladas para que un centro funcione correctamente y sea saludable. La mayor parte de los participantes están satisfechos en alto grado con la ubicación en una zona semi-natural, las condiciones que esta residencia presenta y las entienden positivas para mejorar las condiciones de vida de los usuarios.

– SOBRE EL DISEÑO DEL EDIFICIO

La valoración que los participantes hacen del diseño del edificio plantea las mayores diferencias entre los distintos grupos encuestados y la visión de la dirección. Cada grupo encuentra una serie de elementos más importantes que otros, los cuales no tienen porque coincidir. Puede existir una visión global de las pautas que todos entienden como positivas pero existe una disparidad de criterios.

Si atendemos al grupo de trabajadores encuestados, estos priorizan la funcionalidad para realizar sus labores, lo cual está relacionado con equipamientos, dimensiones y proporciones de las estancias, la disposición de las comunicaciones y todos aquellos factores necesarios para el trabajo diario. Las cuestiones de accesibilidad tienen mucha importancia y también las posibilidades que ofrece la disposición de diversas estancias multifuncionales y específicas para cada una de sus funciones.

Los visitantes y familiares priorizan otros elementos del diseño. Especial hincapié hacen en la materialidad tanto del edificio como del mobiliario, la luz natural y la ventilación. Destacan la importancia que tienen los espacios agradables para la socialización y la comodidad de las instalaciones. Otro factor que entienden prioritario es la desvinculación de la residencia con la imagen hospitalaria.

Para los residentes la característica más importante que debe tener el diseño, haciendo un análisis global de sus respuestas, es la identificación con una vivienda. Por encima de cualquier otro aspecto, parece ser que la búsqueda del arraigo con el edificio es fundamental para ellos. También se centran en las condiciones del entorno, la luz y la ventilación. Los espacios de reunión y actividades cobran gran importancia y la calidad de los acabados.

9.4 LA INCIDENCIA DE LA NORMATIVA EN ANDALUCÍA

En el Anexo 3 de este trabajo se recoge la normativa que afecta en España el diseño y los servicios de las residencias para personas mayores. En España las competencias quedan asumidas por las Comunidades Autónomas, por lo que no existe un marco de regulación a nivel estatal. Hay territorios con un gran número de normativas y especificaciones como ocurre en el caso de Cataluña y otros territorios que tienen una regulación escasa.

La norma de mayor incidencia que si afecta a todo el territorio español no es otra que el CTE, esta normativa de obligado cumplimiento para cualquier edificación en España tiene una gran influencia en el diseño de las residencias para personas mayores. Entre otras cosas establece criterios de diseño muy condicionantes para el edificio como son la seguridad en caso de incendio, que puede afectar sustancialmente todo el proceso de proyecto. Por este motivo debemos analizar que requerimientos establece el CTE en este apartado de la investigación.

Con el objetivo de centrar la investigación y debido a la incapacidad para hacer un análisis de toda la normativa autonómica del estado español, se debe centrar el estudio normativo. Se ha optado, ya que la investigación se realiza dentro de la Universidad de Sevilla, por enfocar el estudio dentro de la situación normativa de Andalucía.

- EL CTE-DB-SI

El documento básico que regula la seguridad frente a incendios es uno de los documentos recogidos en el CTE para aplicación a los edificios construidos en España. El hecho de estudiarlo está vinculado con la gran influencia que tiene para el diseño ya que su cumplimiento genera establecer muchos criterios en el diseño obligatorios:

SECCIÓN 1: PROPAGACIÓN INTERIOR

Tabla 1.1 Condiciones de compartimentación en sectores de incendio

Uso previsto del edificio o establecimiento	Condiciones
En general	<ul style="list-style-type: none"> - Todo <i>establecimiento</i> debe constituir <i>sector de incendio</i> diferenciado del resto del edificio excepto, en edificios cuyo uso principal sea <i>Residencial Vivienda</i>, los <i>establecimientos</i> cuya superficie construida no exceda de 500 m² y cuyo uso sea <i>Docente, Administrativo o Residencial Público</i>. - Toda zona cuyo <i>uso previsto</i> sea diferente y subsidiario del principal del edificio o del <i>establecimiento</i> en el que esté integrada debe constituir un <i>sector de incendio</i> diferente cuando supere los siguientes límites: <ul style="list-style-type: none"> Zona de <i>uso Residencial Vivienda</i>, en todo caso. Zona de alojamiento⁽¹⁾ o de <i>uso Administrativo, Comercial o Docente</i> cuya superficie construida exceda de 500 m². Zona de <i>uso Pública Concurrencia</i> cuya ocupación exceda de 500 personas. Zona de <i>uso Aparcamiento</i> cuya superficie construida exceda de 100 m².⁽²⁾ Cualquier comunicación con zonas de otro uso se debe hacer a través de vestíbulos de <i>independencia</i>. - Un espacio diáfano puede constituir un único <i>sector de incendio</i> que supere los límites de superficie construida que se establecen, siempre que al menos el 90% de ésta se desarrolle en una planta, sus salidas comuniquen directamente con el espacio libre exterior, al menos el 75% de su perímetro sea fachada y no exista sobre dicho recinto ninguna zona habitable. - No se establece límite de superficie para los <i>sectores de riesgo mínimo</i>.

Fig: 9.10 Tabla 1.1 CTE DB-SI

No obstante una residencia puede tener zonas de hospitalización y atención sanitaria donde los residentes se encuentren en una situación de vulnerabilidad por lo que hay que aplicar la siguiente sectorización:

- Hospitalario**
- Las plantas con zonas de hospitalización o con unidades especiales (quirófanos, UVI, etc.) deben estar compartimentadas al menos en dos sectores de incendio, cada uno de ellos con una superficie construida que no exceda de 1.500 m² y con espacio suficiente para albergar a los pacientes de uno de los sectores contiguos. Se exceptúa de lo anterior aquellas plantas cuya superficie construida no exceda de 1.500 m², que tengan salidas directas al espacio exterior seguro y cuyos recorridos de evacuación hasta ellas no excedan de 25 m.
 - En otras zonas del edificio, la superficie construida de cada sector de incendio no debe exceder de 2.500 m².

Fig: 9.11 Tabla 1.1 CTE DB-SI

Además de la sectorización del edificio tiene gran importancia dentro de la sección 1, la identificación de los locales de riesgo dentro del centro. En el caso de las residencias de personas mayores podemos establecer dos grupos, aquellos vinculados con las funciones hospitalarias o sanitarias, como son los almacenes de medicamentos y los que dependen del equipamiento del propio edificio como pueden ser cocina, almacén de residuos o cuarto de máquinas. Estos locales deben cumplir unas exigencias materiales recogidas en la Tabla 1.2 , 2.1 y 2.2.

Otro factor que recoge la normativa es la definición de los materiales del mobiliario y decoración de los espacios, estipuladas en la Tabla 4.1.

SECCIÓN 3: EVACUACIÓN DE OCUPANTES

Esta sección recoge uno de los factores más importantes en este tipo de edificios, la evacuación. Para ello es fundamental primero que se cumplan las medidas de sectorización definidas en la sección 1 y realizar un cálculo adecuado de los ocupantes. En el caso de las residencias es fácil realizar este cálculo puesto que las plazas definen el número de residentes y a partir de ello se suma el número de trabajadores y la estimación de visitantes.

Una vez establecido el número de ocupantes lo más importante es definir el número de salidas y la distancia de los recorridos, todo ello recogido en la tabla 3.1:

Tabla 3.1. Número de salidas de planta y longitud de los recorridos de evacuación⁽¹⁾

Número de salidas existentes	Condiciones
Plantas o recintos que disponen de más de una salida de planta o salida de recinto respectivamente ⁽³⁾	La longitud de los recorridos de evacuación hasta alguna salida de planta no excede de 50 m, excepto en los casos que se indican a continuación:
	<ul style="list-style-type: none"> - 35 m en zonas en las que se prevea la presencia de ocupantes que duermen, o en plantas de hospitalización o de tratamiento intensivo en uso Hospitalario y en plantas de escuela infantil o de enseñanza primaria. - 75 m en espacios al aire libre en los que el riesgo de declaración de un incendio sea irrelevante, por ejemplo, una cubierta de edificio, una terraza, etc.
	La longitud de los recorridos de evacuación desde su origen hasta llegar a algún punto desde el cual existan al menos dos recorridos alternativos no excede de 15 m en plantas de hospitalización o de tratamiento intensivo en uso Hospitalario o de la longitud máxima admisible cuando se dispone de una sola salida, en el resto de los casos.
	Si la altura de evacuación descendente de la planta obliga a que exista más de una salida de planta o si más de 50 personas precisan salvar en sentido ascendente una altura de evacuación mayor que 2 m, al menos dos salidas de planta conducen a dos escaleras diferentes.

Fig: 9.12 Tabla 3.1 CTE DB-SI

Las residencias de personas mayores deben disponer por normativa de más de una salida por planta debido a sus condiciones de alojamiento y características de sus residentes.

Otra de las condiciones de proyecto que recoge la sección 3 son el dimensionado de los medios de evacuación. Dentro de este grupo se recogen las dimensiones de las puertas, pasillos y escaleras lo que va definir sustancialmente las dimensiones con las que ejecutar el diseño. Estas condiciones son variables en función del número de ocupantes, número de salidas y otros requerimientos y también deben ser contrarrestados con el cumplimiento de las normativas de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de ámbito autonómico.

Las demás secciones del documento básico tienen una menor incidencia en el diseño y están en relación con los equipamientos necesarios, hay que tener en cuenta que se debe disponer de espacios suficientes para dichos equipamientos y también asegurar la intervención de los bomberos estableciendo el diseño de fachada pertinente para que puedan acceder al interior del edificio.

– **NORMATIVAS AUTONÓMICA DE ANDALUCÍA PARA RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES.**

Andalucía cuenta con dos normas que regulan el funcionamiento y criterios de diseño para las residencias de personas mayores y los criterios de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. La primera, *Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores* es una norma específica para este tipo de centros y se organiza en tres órdenes que regulan diferentes campos. La segunda es el *Documento Técnico sobre el Decreto Andaluz de Accesibilidad*, una norma que no es específica para los centros residenciales de personas mayores pero cuya influencia es muy importante en el diseño de los mismos.

NORMATIVA SOBRE CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES:

ORDEN DE 5 DE NOVIEMBRE DE 2007

Esta orden regula el procedimiento y los requisitos de acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. Es la parte de la normativa en la que se establecen criterios claros de diseño para que una residencia pueda estar acreditada y cumplir sus funciones legalmente.

La orden compones una serie de nueve artículos centrados en los procesos administrativos que debe cumplir el centro y también establece una serie de anexos en los que se encuentran condiciones del diseño y que se especifican así:

ANEXO II: Condiciones Materiales comunes a todos los Centros	
FÍSICAS	<ul style="list-style-type: none">- Zonas geográficas rurales o urbanas salubres.- Emplazamiento integrado y accesible.- Ubicación en casco urbano de ciudad o municipio, salvo casos específicos que aseguren una red de servicios de transporte.
URBANÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none">- Dispondrán de calificación, edificabilidad y dotación de servicios e infraestructuras mínimas según el Planeamiento Urbanístico del Municipio.

ARQUITECTÓNICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Especial cumplimiento del Decreto 72/1992 de accesibilidad. - Diversos recursos de usos y equipamientos, adaptación del dimensionado de espacios. - No pueden ubicarse en edificios de viviendas, residenciales o comerciales salvo en la planta baja. - Cumplimiento del CTE - Unidad independiente perfectamente diferenciada. - Altura libre mínima de 2,70m. - Las dependencias habitables deberán tener iluminación y ventilación natural directa. - Se permite el uso de claraboyas. - Patios interiores o tipo inglés con dimensión mayor a 3x3m.
INSTALACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Abastecimiento de agua (si existe depósito de reserva debe tener capacidad para 1 día de consumo y ser analizado periódica y oficialmente) - Agua caliente. - Evacuación de aguas residuales, si no existe red municipal será necesario la instalación de una depuradora. - Instalación eléctrica. - Instalación de gas (no obligatoria) - Climatización, funcionando siempre que la temperatura ambiente lo demande. Condiciones de salubridad. - Comunicaciones, telefónica, conexión a internet y se facilitará su acceso a los residentes. - Sistemas de videovigilancia, únicamente en las zonas comunes.
CALIDADES Y EQUIPAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la orientación y comodidad de las personas usuarias, materiales de acabado interior y exterior duraderos, fáciles de limpiar y mantener y con buena apariencia. - La señalización es fundamental en todos los espacios donde se realicen funciones.
PROTECCIÓN Y SEGURIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del CTE - Sistema de iluminación y señalización obligatorio.

Tabla de elaboración propia

ANEXO III: Condiciones Materiales Específicas a cada uno de los Centros (Centros Residenciales para personas mayores en situación de dependencia)		
GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad entre 30 y 180 personas. - Mínimo del 10% de habitaciones individuales. - Aplicación como uso hospitalario del CTE. - Módulos no superiores a 60 plazas con comedor, sala de estar y puesto de control. - Existencia de un espacio abierto exterior equipado para uso y esparcimiento de los residentes. 	
ESTANCIAS	SUPERFICIE POR PERSONA	SUPERFICIE MÍNIMA DE LA ESTANCIA
Sala de estar	2m ²	30m ²
Comedor	2m ²	15m ²
Zona atención especializada	1m ²	15m ²
Sala de visitas	-	15m ²
Zona de velatorio	-	-
Puesto de control residencial	-	10m ²

Enfermería (De 30 a 59 personas usuarios/as)	-	1 habitación doble o 2 individuales
Enfermería (De 60 a 120 personas usuarios/as)	-	1 habitación doble y dos individuales
Enfermería (Desde 121 personas usuarios/as)	-	1 habitación doble y dos individuales, más 1 cama por cada fracción de 30 personas usuarias a partir de 121.
Dormitorios individuales	-	12m2
Dormitorios dobles	-	18m2
Baños	-	3,50m2

Tabla de elaboración propia

Como se refleja en los cuadros los Anexos II y III de la orden establecen unas condiciones específicas para los centros de obligado cumplimiento. En el ámbito arquitectónico esta normativa que tiene muchas más indicaciones establece un criterio para el proyecto de un centro para personas mayores aunque quedan ciertos puntos por definir que la normativa no recoge.

La *Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores* también está compuesta por dos órdenes más, ambas aprobadas el 21 de Diciembre de 2007 que se encargan una de la regulación sobre el funcionamiento interno de los centros y otra sobre el modelo contractual que se establece para el ingreso de personas mayores en centros residenciales dentro del marco autonómico y estatal. Ninguna de estas órdenes tiene una influencia directa sobre el proyecto arquitectónico, aunque no por ello se debe pasar por alto que el funcionamiento interno de las funciones del centro establece una serie de requisitos que pueden ser de ayuda en la ideación del edificio.

DOCUMENTO TÉCNICO SOBRE EL DECRETO ANDALUZ DE ACCESIBILIDAD.

El documento analizado constituye una de las normas de mayor importancia para el diseño de un centro para personas mayores. Regula la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas para todo el territorio andaluz, abarcando desde ámbitos urbanos hasta los propios edificios.

En el caso de las residencias para personas mayores hay que analizar el *Título II: Accesibilidad en los edificios, establecimientos e instalaciones*, dentro del cual se centra para este tipo de edificios las normas descritas en el *Capítulo I: Edificios, establecimientos e instalaciones fijos*.

CAPÍTULO I: EDIFICIOS, ESTABLECIMIENTOS E INSTALACIONES FIJOS		
Sección 1ª Normas Generales	Artículo 60	Las disposiciones contenidas en este Título serán de obligada observancia en el diseño de planes, proyectos y ejecución de obras.
	Artículo 61	<p>1. Estas disposiciones son las mínimas y necesarias.</p> <p>2. Los espacios y dependencias serán accesibles a las personas con cualquier tipo de discapacidad.</p> <p>3. Se exceptúan los espacios de uso restringido.</p> <p>4. Exigencias particulares en los apartados 1 y 2 establecidas en las tablas contenidas en el Anexo III.</p>
	Artículo 62	<p>Relación de usos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alojamientos - Comerciales - Sanitarios - Servicios sociales - Actividades Culturales y sociales - Hostelería - Administrativos - Docentes - Transportes - Religiosos - Garajes y aparcamientos
Sección 2ª Espacios Exteriores	Artículo 63	Zonas y elementos de urbanización privativos. Condiciones establecidas en el Título I.
Sección 3ª Espacios Interiores al mismo nivel	Artículo 64	<p>1. Para acceder al interior de los edificios, establecimientos e instalaciones al menos un acceso desde el espacio exterior, que deberá ser principal y cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mismo nivel de la cota exterior si es posible - Si hay desnivel mayor a 5 centímetros, el acceso se efectuará mediante rampa, tapiz rodante o ascensor. - La entrada comunicará con un itinerario accesible. - Anchura mínima libre de paso de 0,80m. <p>2. Si existen sistemas de control fijos de accesos y salidas, se dispondrán pasos alternativos.</p> <p>3. En accesos, la diferencia de rasantes entre la vía pública y la parcela se resolverá en el interior de esta.</p> <p>4. Si hay varios accesos, el accesible debe estar situado en la misma zona por la que acceda el resto de usuarios.</p> <p>5. En evacuación se asegurará que las personas con problemas de movilidad puedan utilizar las salidas que supongan mayor rapidez.</p>

	<p>Artículo 65</p>	<p>1. Deberán ser accesibles a las personas con movilidad reducida los siguientes espacios e itinerarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación entre el interior y el exterior - Áreas y dependencias de utilización colectiva - La comunicación entre un acceso y las áreas y dependencias de utilización colectiva. - Edificios comunicados entre sí dentro de un mismo complejo. <p>2. Elementos fijos deben cumplir las dimensiones establecidas en el artículo 66.2</p> <p>3. Recorridos mayores a 50m se habilitarán zonas de espera.</p>
	<p>Artículo 66</p>	<p>1. Las dimensiones de los vestíbulos serán tales que pueda inscribirse en ellos una circunferencia de 1,50m de diámetro no barrido por las hojas de las puertas.</p> <p>2. Ancho mínimo de pasillos será de 1.20m.</p>
	<p>Artículo 67</p>	<p>1. Las puertas de acceso desde el exterior y puertas interiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espacio horizontal donde pueda inscribirse una círculo de 1,20m a ambos lado de la puerta. - Ángulo de apertura mayor a 90° - Anchura mínima de 0,80m. - Dos hojas, una al menos mayor de 0,80m. - Identificación para personas con problemas visuales <p>2. Puertas de evacuación con barra de apertura a 0,90m.</p> <p>3. Señalización de puertas transparentes.</p> <p>4. Manipulación para personas con discapacidad de movilidad.</p>
	<p>Artículo 68</p>	<p>Los paramentos verticales transparentes, se ejecutarán con policarbonatos, metacrilatos o acirstalamientos laminares de seguridad.</p>
<p>Sección 4ª Espacios Interiores entre distintos niveles</p>	<p>Artículo 69</p>	<p>1. Todos los cambios de nivel a zonas de uso y concurrencia deberán contar con un medio accesible.</p> <p>2. Más de una planta necesidad de ascensor.</p> <p>3. Señalizar diferencias de nivel superiores a 0,55m.</p> <p>3. Diferencias de nivel mayores a 0,55m. Se protegerán con barandilla o antepecho.</p>

	<p>Artículo 70</p>	<p>1. Las escaleras deben cumplir el CTE.</p> <p>2. Las escaleras deben cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anchura mínima de 1,20m. - Se prohíben escaleras sin tabica - No se permite vuelo o resalto de huella sobre tabica. - Permitir desagüe de escaleras de evacuación al aire libre. - No elementos sueltos <p>3. Las mesetas deben cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe inscribirse una circunferencia de 1,20m. De diámetro. - En el arranque y desembarco de la escalera debe existir una una distancia de 1,20m. - No formar parte de otro espacio - No se permite mesetas compensadas - Iluminación adecuada, mayor a 150 luxes <p>4. Las barandillas y antepechos se protegerán con pasamanos.</p>
	<p>Artículo 72</p>	<p>1. Las rampas de comunicación cumplirán el CTE.</p> <p>2. En las rampas los tramos serán rectos, de anchura superior a 1,20m, pendientes no mayores a 10%, 8% y 6% dependiendo de su longitud, longitud máxima del tramo de 9m, pendiente transversal inferior al 2%.</p> <p>3. Disposición de barandillas y antepechos en rampas con pasamanos, si la altura que salvan supera los 15cm.</p>

Tabla de elaboración propia

En la tabla elaborada se recogen las principales secciones que establecen unas condiciones más restrictivas del proyecto. No por ello son las únicas, el capítulo en cuestión cuenta con ocho secciones más pero que ya no tienen el mayor grado de incidencia. Dentro de estas secciones cabrían destacar la Sección 5ª y la Sección 6ª.

La 5ª recoge las plazas y espacios reservados en salas, recintos y espacios exteriores e interiores, básicamente las disposiciones que establece también están recogidas en el CTE DB-SI. Mientras que la Sección 6ª Se centra en las dependencias que requieran condiciones de intimidad, lo que afecta fundamentalmente en las residencias a los baños de las habitaciones. Estas indicaciones establecen las dimensiones mínimas y la accesibilidad de los elementos para su uso.

Las demás secciones contienen una información de carácter más general y cuya afectación al proyecto de una residencia de personas mayores no es especialmente reseñable a la de cualquier otro edificio.

Del análisis normativo realizado cabe destacar que existe una deficiencia normativa en cuanto a procesos de regulación de la gestión de los proyectos se refiere. No existe en el marco normativo andaluz una serie de leyes que puedan regir esta fase inicial del proyecto de una residencia de personas mayores. De los datos extraídos en el punto 9.3 de este trabajo se deducía que era necesario establecer criterios para desarrollar y controlar esta parte del proceso, asegurándose así que, se cumplieran unas condiciones de ubicación y emplazamiento idóneas para la función a desempeñar, un correcto funcionamiento entre los actores territoriales, el dinamismo e interlocución

necesarios en los trámites administrativos y otras cuestiones que afectan al proyecto desde el inicio.

Otro factor que no recoge la normativa y que afecta directamente al proyecto de arquitectura es el establecimiento de criterios definidos para establecer funciones asociadas con determinados espacios, así también quedaba reflejado por parte de los trabajadores encuestados las necesidades de establecer determinados espacios funcionales en áreas donde se desarrollan actividades por los residentes del centro, un ejemplo de ello es la habilitación de cambiadores y salas de atención inmediata colindantes a comedores y zonas de estar.

La normativa tampoco recoge indicaciones acerca del uso de determinados materiales y acabados, existen estudios sobre la incidencia del color y el uso de materiales en los residentes de estos centros como los que se pueden ver en la publicación *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y Modelo de atención.* (Fundación Caser, 2012) referenciado en la bibliografía del trabajo. El hecho de que no se tenga un reglamento para este tipo de elementos puede generar la elección y uso de otros materiales y acabados no adecuados para las personas que van a residir en los centros.

Por último la normativa es ajena a establecer un modelo de residencia desde un punto de vista gerontológico, es decir, establecer una serie no sólo de regulaciones definidas sino una idea teórica que parta de la interacción multidisciplinar respecto al habitar de las personas mayores. Si se hablaba de que Alemania está en proceso de su 5ª generación de residencias, aquí el modelo se ha quedado estancado en una mera resolución de demanda de plazas, pero las residencias pueden estar enfocadas hacia constituir instituciones semejantes a los modelos del norte de Europa, donde los avances sociales han consolidado modelos más innovadores y que proporcionan una mayor calidad de vida a sus residentes. Es cierto que otras zonas del estado español se dispone de un cuerpo normativo más extenso, como es el caso catalán o vasco, y si se empiezan a constituir unos procesos más completos para resolver el problema residencial que genera el envejecimiento poblacional.

10. DISCUSIÓN. ASPECTOS FUNDAMENTALES EXTRAÍDOS DE LA INVESTIGACIÓN

De los datos extraídos de esta investigación surgen una serie de cuestiones que será importante discutir. La principal de ellas es si la arquitectura puede efectivamente otorgar soluciones precisas a los retos habitacionales que plantea el envejecimiento. Parece objetivo decir que sí, la arquitectura es una disciplina que puede contar con herramientas para ofrecer a este grupo social unas condiciones de habitabilidad lo más óptimas posibles.

El proyecto arquitectónico mediante el uso correcto de las premisas obtenidas en diversos estudios es capaz de generar aquellos espacios que aseguren una buena calidad de vida a los residentes. No por ello puede obviarse la dificultad que este proceso conlleva. Las decisiones de proyecto deben estar centradas en los usuarios del edificio, pero a su vez sometidas a las normativas y las restricciones económicas de la obra. Estas decisiones también pueden conducir a ciertas contradicciones.

Cuando se opta por llevar a cabo una serie de premisas se debe asumir una escala de prioridades, ya que unas decisiones vinculadas con determinado proceso pueden estar alejadas de otros criterios como pueden ser el estético o compositivo. Cuando se habla de una residencia para personas mayores no debe olvidarse que constituye un equipamiento social, donde el papel artístico del arquitecto debe quedar relegado al esfuerzo por dar respuesta a las condiciones de vida.

También se obtiene de esta investigación la incapacidad de tener parámetros precisos para muchos aspectos que atañen el proyecto arquitectónico, ya que pueden aparecer dicotomías difíciles de resolver. Esto ocurre en situaciones tales como la propia ubicación del edificio, una residencia ubicada en un entorno urbano presenta una serie de ventajas y desventajas, al igual que lo hace la ubicación en un entorno más aislado.

Lo mismo ocurre con la disposición o estructuración del edificio, ya que una disposición en patios, lineal, dispersa o mixta, presenta factores positivos y a su vez inconvenientes.

Es por ello que el objetivo que puede alcanzar este trabajo está ligado a producir y ordenar una serie de conceptos que mejoren la residencia para personas mayores. Pero sin embargo, no se ha podido establecer, más allá de estos conceptos y observaciones, una relación de posiciones totalmente objetivas, que puedan generar una serie de parámetros cuantitativos aplicables al proyecto.

El trabajo ofrece una serie de buenas prácticas, de herramientas aplicables al proyecto que a través de la experiencia pueden ser catalogadas de idóneas para construcción de residencias.

11. CONCLUSIONES. LA RESIDENCIA DEL FUTURO.

De la investigación realizada se han podido extraer una serie de herramientas aplicables al proyecto de residencia para personas mayores. Estas herramientas son un compendio de buenas prácticas arquitectónicas cuya aplicación está destinada a mejorar la calidad de vida de estos edificios y ofrecer a las personas mayores un lugar idóneo donde desarrollar esta etapa de la vida.

En el desarrollo del trabajo se han podido establecer una serie de apartados vinculados con la arquitectura en los que inscribir cada una de las herramientas propuestas:

1. La Gestión del Proyecto:

- El proceso de gestión de un proyecto de residencia para personas mayores debe estar conformado por un amplio grupo de actores: Empresa, Administración, Técnicos sociales, Ejecutores del proyecto, Responsables del mismo, Actores sociales.
- El proceso previo a la construcción debe constar de una serie de reuniones en las que poner puntos en común entre los actores ya referidos.
- Debe hacerse un estudio del perfil del residente potencial de dicho edificio y establecer sus características.
- Realizar un estudio de la idoneidad de la ubicación del centro, siguiendo criterios medioambientales, servicios disponibles y comunicaciones.
- Desarrollar un estudio sobre la demanda de plazas residenciales del territorio.
- La Administración y otros actores ajenos a las empresas inversoras deben establecer criterios de control para evitar la mercantilización del sistema social.
- Una vez los procesos de reunión del grupo conformado para la elaboración y gestión del proyecto hayan terminado, los trámites urbanísticos, permisos y licencias deben concederse en el menor tiempo posible.
- El arquitecto debe responder ante el grupo multidisciplinar que gestiona el proyecto, incorporando al diseño todos aquellos aspectos que se hayan acordado.

2. El Ámbito Urbano.

- Ubicar los centros en zonas con una calidad medioambiental alta, bien comunicadas, en una parcela lo suficientemente amplia para plantear el uso de espacios al aire libre, preferiblemente en zonas cercanas a parques o entornos naturales cercanos.
- De ubicarse en zonas urbanas consolidadas: evitar zonas de alta ocupación y entorno urbano hostil. Evitar zonas de alto tráfico, alta actividad comercial, ausencia de espacios abiertos como plazas y jardines, arquitectura institucional, actividad industrial.
- Tener en cuenta entornos dinámicos cultural y socialmente. Zonas donde realizar actividades deportivas, artísticas e intelectuales.
- Presencia cercana de equipamientos y servicios externos a la residencia.
- Buscar la integración del edificio con el ámbito en el que se ubica. La imagen no debe presentarse como un objeto extraño en la ciudad o el territorio. Buscar referencias a la arquitectura del lugar e incorporarlas al diseño exterior.
- Generar transiciones entre el entorno urbano y los accesos al edificio sin producir encuentros fortuitos con las vías y espacios adyacentes.

3. Entorno:

- El edificio debe contar con zonas exteriores que alberguen espacios de esparcimiento, jardines, fuentes, pérgolas y elementos de sombra.
- La dimensión de estos espacios debe ser amplia. Con capacidad para albergar actividades al aire libre como: celebraciones, deportes, encuentros y reuniones, zonas con mobiliario para comidas, lectura o relajación.
- Establecer itinerarios por los que discurrir por el exterior, buscando paseos no monótonos donde puedan encontrarse diferentes cualidades de espacios.
- Habilitar zonas donde realizar terapias y actividades en grupo.
- Establecer espacios intermedios que sirvan de transición entre el exterior y el interior como: galerías porticadas, voladizos generadores de sombra, terrazas, cambios de cotas.
- Potenciar el número de accesos hacia el interior para que los espacios interiores puedan estar en relación directa con el exterior. Habilitar zonas que puedan utilizarse conjuntamente con los espacios interiores cuando el clima lo permita mediante la unión de exterior-interior.

4. Edificio:

Espacios Comunes:

- Establecer espacios de diferentes escalas interconectados para provocar dinamismo en los recorridos.
- Diseñar espacios adaptados a cada una de las necesidades que se requiere realizar en ellos.
- Potenciar el uso de la luz y la ventilación natural.
- Utilizar disposiciones sencillas de los espacios para mejorar la orientación de los residentes y la esquematización de los usos.
- Organizar un modelo de fácil sectorización entre zonas. Establecer diferentes unidades en función de las capacidades de los usuarios.
- Buscar la amplitud de las estancias para no crear espacios comprimidos.
- Establecer relaciones constantes con los espacios exteriores.
- Potenciar el uso de salas multifuncionales para albergar actividades de todo tipo.
- Utilizar atrios y patios interiores para introducir luz y dilatar los espacios en zonas internas del edificio.
- Usar galerías abiertas a patios y atrios en los recorridos entre habitaciones y estancias.
- Ubicar servicios y equipamientos que faciliten el trabajo de los profesionales de manera dispersa en el edificio sin realizar una centralización de los mismos.
- Establecer los equipamientos comunitarios de cocina, lavandería, vestuarios, almacenes... en zonas alejadas de la vida cotidiana de los internos o en plantas bajo rasante.
- Potenciar los recorridos no lineales dentro del edificio.
- Establecer las zonas de control de los profesionales en puntos de encuentro entre alas de habitaciones, transiciones de espacios comunes a espacios privados o en cambios de recorridos.

Espacios Privados

- Establecer habitaciones o viviendas con luz y ventilación natural.
- La dimensión de estas estancias debe estar proporcionada con el uso de la misma.
- Recomendar habitaciones individuales en detrimento de dobles o de mayor capacidad.
- Establecer pequeñas unidades de convivencia vinculadas a varias habitaciones en número no superior a 12. Estos espacios deben contar con pequeñas zonas de estar, comedor y cocina. Destinadas a fomentar la relación personal y comunitaria entre residentes con poca necesidad de asistencia.
- Buscar la relación con el exterior a través de ventanas, terrazas o balcones.

Materialidad y Calidad de Vida.

- Usar materiales cálidos como la madera para generar sensación de confort.
- Usar colores neutros y claros en todas las estancias comunes.
- Utilizar mobiliario no hospitalario. Que sean cálidos en materiales como madera, telas de colores o de obra.
- Permitir la personalización de las habitaciones.
- Uso de decoración que asemeje las estancias a un hogar y no a un centro hospitalario o médico.
- Uso de plantas en los interiores.
- Iluminación tamizada y regulable.
- Evitar dejar vistos elementos de instalaciones, construcción, hormigonados.
- No usar pavimentos industriales o similares.
- No usar falsos techos registrables en la medida de lo posible.
- Cambiar las características estéticas de zonas similares de sectores distintos.

5. Nuevas Tecnologías

- Habilitar conexión a internet inalámbrica en todo el edificio.
- Establecer sistemas de orientación.
- Incorporar sistemas domóticos de control de iluminación, climatización, control del mobiliario adaptado para mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Sistemas automáticos de luz y alarma.
- Control audiovisual de las zonas comunes para mejorar el trabajo de los profesionales.
- Aplicación de herramientas tecnológicas para áreas de terapia.

12. BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS, CAPÍTULOS EN LIBROS, INFORMES Y ARTÍCULOS:

- Aalto, A. and Fleig, K. (1977): *Alvar Aalto*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
- Benevolo, L. (2010): *Historia de la arquitectura moderna*. 1st ed. Barcelona: Gustavo Gili.
- Carasa Soto, P. (2005). Marginación de la vejez en la cultura del liberalismo contemporáneo español. In: F. García González, coord., *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*, 1st ed. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Castro Molina, F., Castro González, M., Megias Lizancos, F., Martín Casañas, F. and Causapie Castro, Á. (2012): Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 16(32), pp.38-46.
- Causapié Lopesino, P. (2011): *Envejecimiento activo*. 1st ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Confederación Española de Cajas de Ahorros (1975): *La situación del anciano en España; Informe Gaur*. Publicaciones del Fondo para la Investigación Económica y Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorros. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- Frampton, K. (2009). *Historia crítica de la arquitectura moderna*. 1st ed. Barcelona: Gustavo Gili.
- García González, F. (2005): Presentación. In: F. García González, coord., *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*, 1st ed. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- García Lantarón, H. (2015): *Vivienda para un envejecimiento activo. El paradigma danés*. Arquitecto. Universidad Politécnica de Madrid.
- Goffman, E. (2009). *Asylums*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Help Age International (2015) *Índice Global de Envejecimiento*. [online] Help Age International. Available at: <http://www.helpage.es/sobre-envejecimiento/informe-envejecimiento-2015/> [Consultado 3 Sep. 2017].
- Imsero (2004). *Las Personas Mayores en España*. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Imsero 2014 (2014): *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Documentos Estadísticos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. (2015): [online] Organización Mundial de la Salud. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf consultado el 3 Sep. 2017].
- Knudstrup, M. (2012): La relación entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo. In: P. Rodríguez Rodríguez, ed., *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: Diseño arquitectónico y modelo de atención*, 1st ed. Fundación Caser para la dependencia.
- Membrado, M. (2010): Experiencias de envejecer y experiencias urbanas: un estudio en el suroeste francés. *Alterides*, 20(39), pp.57-65.

- Montero, M. (2012): Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: el caso alemán. In: P. Rodríguez Rodríguez, ed., *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: Diseño arquitectónico y modelo de atención*, 1st ed. Fundación Caser para la dependencia.
- Pino, M., Ricoy, M. and Portela, J. (2010): Diseño, implementación y evaluación de un programa de educación para la salud con personas mayores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), pp.2965-2972.
- Saavedra, P. (2005): Vejez y sociedad rural en la España Moderna. In: F. García González, coord., *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*, 1st ed. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Sancho Castiello, M. and Rodríguez Rodríguez, P. (2001): Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro. *Intervención Psicosocial*, 10(3).
- Valero Lobo, Á. (2005): Nuevo orden demográfico y estrategias familiares. In: F. García González, coord., *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*, 1st ed. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Vázquez Honorato, L. and Salazar Martínez, B. (2011). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), p.49.

NORMATIVAS DE ESPECIAL INTERÉS EN LA INVESTIGACIÓN

Decreto 29 3/2009.140.

Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores.

IMÁGENES

Figura 4.01: Pancarta muerte CIAM, 1959. Consultado en

http://anguloarquitectos.blogspot.com.es/2013_10_27_archive.html el 10/08/2017

Figura 5.01: Consultado en

<http://www.helpage.es/sobre-envejecimiento/informe-envejecimiento-2015/> el 10/08/2017

Figura 5.02: Consultado en

<http://www.helpage.es/sobre-envejecimiento/informe-envejecimiento-2015/> el 10/08/2017

Figura 5.03 – 5.06: Tablas extraídas del:

Imsero 2014 (2014): *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Documentos Estadísticos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 5.07: Tabla extraída de:

Sancho Castiello, M. and Rodríguez Rodríguez, P. (2001): Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro. *Intervención Psicosocial*, 10(3).

Figura 5.08 y 5.09: Ospedale Maggiore de Milán. Consultado en:

<https://es.pinterest.com/pin/87538786477630157/> el 10/08/2017

Figura 5.10: Grabado Monasterio de la Orden Jerónima de Guadalupe, Extremadura. Consultado en:

<https://elblogdechano.com/2016/01/20/guadalupe-cuna-de-la-medicina/> el 10/08/2017

Figura 5.11: Alderdomshjem Frederica Hybylus. Consultado en:

http://www.fredericiashistorie.dk/html/fredericia/steder/htm/Alderdomshjemmet_Hybyhus.htm

el 10/08/2017

Figura 5.12: Sanatorio para Tuberculosos de Paimio. Consultado en:

https://espaciollenovacio.wordpress.com/2013/07/12/sanatorio-antituberculoso-de-paimio-alvar-aalto-paimio/800px-paimio_3/ el 10/08/2017

Figura 5.13: Propuesta Hospital de Venecia, Le Corbusier 1963. Consultado en:

<http://tectonicablog.com/?p=26621> el 10/08/2017

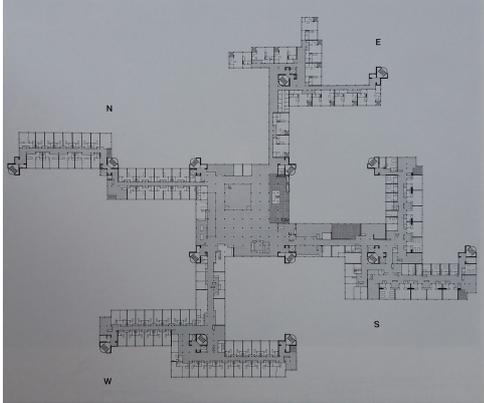
Figura 9.01 - 9.03: Imágenes satélite de la residencia Seniors Ronda. Google Maps.

Figura 9.04 – 9.05: Imágenes residencia Seniors Ronda. Propiedad de la empresa Seniors.

Figura 9.06 – 9.09: Elaboración propia.

ANEXO I

FICHAS ANALÍTICAS SOBRE MODELOS TIPOLÓGICOS DE RESIDENCIAS

DE DIE HOVEN						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
		Herman Hertzberguer		1974		Amsterdam, Holanda
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio ciudad	Alta	División en Patios Permeables	Reunión Deporte Relax Celebración	Brutalista	Baja Modelo Urbano Independiente
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Asilo Vivienda para mayores Cuidados para discapacitados		Si		No	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	-Esvástica y alas	Superficie: 3.300 m2	Habitación Vivienda Alas Sectorizadas	Si	Si	Galerías Salas multifuncionales Salas recreativas Jardines
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	Viviendas: 55 Habitaciones: 190	Individuales Dobles Cuádruples	20 m2-30 m2	Baño Mobiliario Zona Intermedia común	De 1 a 4 personas	Si

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Preeminencia Luz natural	Sí	Si	Fríos y duros	Neutros y fríos	Intermedios y grandes	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	No	Media	No	No

ANÁLISIS:

El complejo Die Hoven de Herman Hetzberguer responde a un complejo programa que se caracteriza por una gran cantidad de usos diferentes y de usuarios. La idea del proyecto parte de una concepción urbana del complejo en vez de abarcar el proyecto como una serie de edificios independientes. La idea es distribuir una serie de alas sectorizadas para diferentes usuarios que estén interconectadas por un espacio común. Estas alas pueden funcionar con una serie de equipamientos propios de forma prácticamente independiente pero que a su vez forman parte de un conjunto más amplio. El proyecto parte de un sistema modular de estructura que va conformando los diferentes espacios respondiendo a las necesidades que estos demandan, una especie de juego de superposición de piezas iguales que van configurando el diseño, recuerda en cierto modo al Orfanato de Aldo Van Eyck en Amsterdam 1961, pero con una escala más amplia y una visión tridimensional de la composición a través del módulo.

– Ventajas:

El edificio consigue establecer un juego de espacios dinámicos, con muchas transiciones entre espacios comunes y privados, espacios intermedios que repercuten en los usuarios de manera significativa. Utiliza los encuentros entre las alas y las galerías como si fuesen plazas y calles a modo de vecindario favoreciendo la socialización de los habitantes del complejo. El edificio también proporciona espacios de intimidad que favorecen el sentimiento de inmunidad y tranquilidad.

– Desventajas:

La escala del complejo es muy grande lo que no beneficia la interrelación directa del total del conjunto. Existen espacios de gran dimensión que no tienen una estructura definida. Otro problema es la variación de perfiles de los usuarios que aún existiendo sectorizaciones contraponen situaciones de habitabilidad muy alejadas unas de otras. El lenguaje arquitectónico brutalista es frío y desnudo, por lo que se hace necesario un proceso de acondicionamiento personal de los espacios.

Fuentes consultadas:

<https://www.ahh.nl/index.php/en/projects2/14-woningbouw/133-de-drie-hoven-elderly-housing-amsterdam>

<http://www.hiddenarchitecture.net/2016/06/de-drie-hoven.html>

<http://ignaciogarranchoreflexiones.blogspot.com.es/2014/05/la-residencia-de-ancianos-de-drie-hoven.html>

CENTRO SOCIO SANITARIO GERIÁTRICO SANTA RITA						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
	Manuel Ocaña		2002		Menorca, España	
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio ciudad	Alta	Perimetral Patio Interior	Celebración Esparcimiento	Contem- poráneo Brutalista	Media
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Residencial		No		Piscina Unidades Médicas	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Patio central	Superficie: 12.000 m2 Superficie construida: 6.000 m2 Plantas: Pb	Habitación	Sí	Sí	Patio Salas multifuncionales Zonas de terapia Jardín
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	70	Individuales Dobles	14 – 20 m2	Baño Mobiliario	1 a 2	Sí

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Predominancia luz natural	Sí	No	Duros y fríos Sintéticos	Claros	Grande	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	CONEXIÓN RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

ANÁLISIS:

Este edificio plantea un diseño muy novedoso, se caracteriza por ajustarse al perímetro del solar y generar dentro un patio orgánico repleto de vegetación. Las formas orgánicas se transportan al desarrollo de los espacios interiores. Hay una premisa clara en el diseño, las habitaciones deben tener todas salida al patio y a la vez relación con los espacios interiores que responden a una configuración diáfana. Se prescinde de pasillos y estructuras rígidas, se aleja de la concepción hospitalaria en este sentido y se generan espacios multifuncionales con gran capacidad contingente.

– Ventajas:

La luz natural se apropia de todas las estancias y no existen espacios constreñidos. Se consigue un espacio muy dinámico en el que las relaciones personales se producen con naturalidad y genera un entorno atractivo para los visitantes y los trabajadores. Los espacios ajardinados tienen una presencia importante y la vegetación densa provoca una impresión de naturaleza que puede repercutir en la calidad de vida de los usuarios. La disposición se aleja radicalmente de un modelo hospitalario.

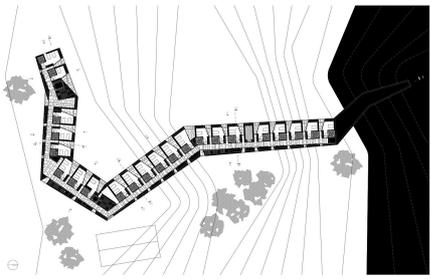
– Desventajas:

El edificio es demasiado desarticulado, sin capacidad de una mínima sectorización iguala a todos los usuarios lo que puede repercutir negativamente en el desarrollo de algunas enfermedades demenciales. La materialidad del edificio de aire industrial no genera una relación perceptiva similar a una vivienda. El mobiliario de las habitaciones y los colores empleados se acercan al de los hospitales, precisamente todo lo contrario que se pretende en la distribución espacial. Puede producirse algún problema de desorientación.

Fuentes consultadas:

<http://www.manuelocana.com/>

<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>

RESIDENCIA ALCÁZER DO SAL						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
	Aires Mateus		2010		Alcácer do Sal, Portugal	
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio localidad	Alta	Lineal	Esparcimiento	Contemporáneo Moderno	Baja
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Residencia		No		No	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Ala	Superficie: 3.640 m2 Superficie construida: 1.560 m2 Plantas: Pb+2	Habitación	Sí	Sí	Patio Salas multifuncionales
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	Habitaciones 39	Dobles	16 m2	Baño	1 - 2	No

	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
ESTIMULACIÓN SENSORIAL	Predominancia luz natural	Sí	No	Fríos	Blancos	Bajo	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	CONEXIÓN RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Si	No	Sí	No	No

ANÁLISIS:

El proyecto planteado por Aires Mateus es sin duda una obra de arquitectura que podría denominarse 'de autor'. Parte de un principio de ideación muy proyectual, una especie de muro dilatado en el que se albergan todos los usos necesarios, se incrusta en el terreno y recoge un espacio central. Todo ello ejecutado en líneas puras, una arquitectura de gran impacto volumétrico y abstracta en su concepción. Se establece la deformidad de los espacios comunes y la privacidad como elementos que asientan el proyecto.

– Principales ventajas:

Aún con un lenguaje muy abstracto puede establecerse cierta reminiscencia vernácula en la imagen del edificio. Las habitaciones tienen cada una de ellas unos espacios privados e íntimos. La geometría variante de los espacios de paso y de encuentro provocan dinamismo y se alejan de una estructura más monótona del espacio.

– Principales desventajas:

La imagen posee una abstracción difícilmente entendible para una persona mayor, la materialidad es fría y hospitalaria, no sólo en los materiales de construcción sino también en el mobiliario. La distribución del edificio provoca recorridos longitudinales que aunque presenten una geometría variada no dejan de ser un pasillo. No existen transiciones entre los espacios del patio exterior y el edificio, ni galerías, zonas de sombra o estancias habilitadas para realizar funciones dentro del espacio libre.

Fuentes consultadas:

<https://habitatgecollectiu.wordpress.com/2014/01/09/residencia-para-la-tercera-edad-aires-mateus/>
<http://www.bienaliberoamericana.org/viiiibiau/index.php/panorama-de-obras/portugal/residencias-asistidas-en-alcacer-do-sal/?lang=pt>
<http://www.arquitecturaviva.com/Info/News/Details/2847>
<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/02-300123/alcacer-do-sal-residences-aires-mateus>

RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES Y CENTRO DE DÍA						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
		GEED Arquitectos		2010		Madrid, España
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio ciudad	Baja	Lineal entre patios	Celebración Deporte Esparcimiento	Contemporáneo	Media
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Residencial		Sí		Centro de día Unidades Médicas	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Peine	Superficie: 6.201 m ² -Superficie construida: 3.000 m ² -Plantas: Pb +3	Habitación	Sí	Sí	Patios Salas multifuncionales Salas recreativas Zonas de aprendizaje Zonas de terapia
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	160	142 individuales 18 dobles	16 m ²	Baño Mobiliario	1	No

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Predominancia luz natural	Sí	No	Duros y fríos	Intensos	Grande	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	CONEXIÓN RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No

ANÁLISIS:

La Residencia para mayores del estudio GEED Arquitectos responde a un requerimiento muy funcional dentro de un solar de una de las zonas reurbanizadas de Madrid. El proyecto tiene una capacidad de 178 camas y 40 usuarios para un Centro de Día. Una residencia de esta dimensión implica una serie de problemáticas de espacio y funcionamiento, además de disponer de un gran equipamiento de servicios (cocina, lavandería, vestuarios de personal...). El proyecto parte de una tipología muy funcional típicamente hospitalaria, una disposición en peine. La corrección del proyecto implica un edificio muy estructurado y rígido.

- Ventajas:

El edificio presenta grandes ventajas, sobre todo en la funcionalidad que aporta su estructura y disposición. El edificio cuenta con una sectorización muy esquemática que permite establecer diferentes niveles de asistencia y/o enfermedad. Cuenta el edificio con una serie de patios longitudinales que aportan luz natural a las estancias y ventilación. Destaca el gran número de espacios comunes en cada una de las plantas para realizar diferentes actividades. Su ubicación cercana a un parque y dentro de un barrio residencial de densidad media proporciona un entorno de desarrollo para los residentes fuera del edificio.

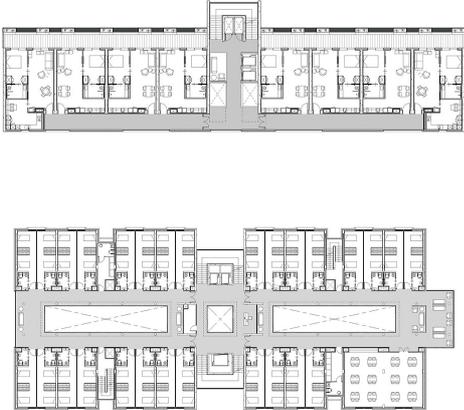
- Desventajas:

La disposición en peine del edificio genera unos pasillos sin luz natural que provocan recorridos lineales extensos y que culminan en fondos de saco. La estructura es muy rígida y hay carencias de espacios intermedios que ofrezcan intersticios entre unos usos y otros. Los materiales utilizados tienen relación más con un modelo hospitalario que con la identificación de la vivienda. Carece el edificio de zonas ajardinadas y verdes que mejoren la calidad de vida de los residentes.

Fuentes consultadas:

<http://geedarquitectos.com/wp/2010/03/residencia-ventilla/>

<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/02-115890/residencia-para-mayores-en-madrid-geed-arquitectos>

CENTRO RESIDENCIAL CUGAT NATURA						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
		JF Arquitectes		2012		San Cugat del Vallés, España
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio ciudad	Alta	Abierto- Patio Interior	Celebración Esparcimiento Deporte	Contemporáneo	Media/Alta
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN	EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS		
	Residencia Viviendas		Sí	Centro de Día Unidades Médicas		
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Patio central Alas	Superficie: 17.900 m2 Superficie construida: 6.000 m2 Plantas: Pb+3	Habitación Vivienda	Sí	Sí	Patio Salas multifuncionales Zonas de terapia Jardín Galería
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	Habitaciones 86 Viviendas 32	Dobles	20 m2	Baño Mobiliario	2	SI

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Predominancia luz natural	Sí	Sí	Cálidos	Claros	Grande	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	CONEXIÓN RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

ANÁLISIS:

El edificio está planteado como dos unidades independientes que se conectan bajo rasante. Un bloque responde al uso como residencia mientras el otro responde a un bloque de apartamentos, ambos con servicios comunes. La idea de proyecto parte de la composición del patio para el bloque residencial y el de la pastilla en galería para los apartamentos. Cuenta el proyecto con una calidad de acabados notable, la predominancia de la luz y el disfrute de un gran jardín verde. Destaca en la composición del edificio la proliferación de espacios intermedios.

– Ventajas:

Tiene esta obra una estructura muy funcional sin resultar especialmente rígida. Se generan espacios intersticiales que favorecen la socialización y la calidad de vida. Utiliza un lenguaje contemporáneo pero sin resultar extraño al observador y los detalles de diseño permiten la identificación con el lugar. Los recorridos son abiertos y se asemejan a los deambulatorios de los patios de edificios monásticos. Los equipamientos responden a prácticamente todas las necesidades y su ubicación en una zona tranquila y cercana a áreas verdes mejora la calidad de vida. Los espacios se articulan de manera que favorecen la orientación y el desarrollo de las funciones cotidianas.

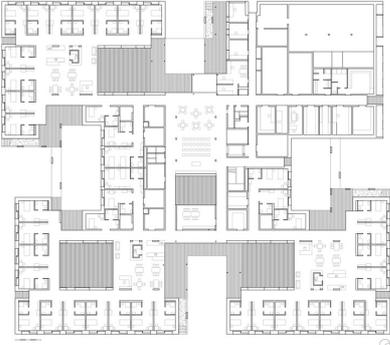
– Desventajas:

No se aprecian en este edificio problemas muy significativos que estén en detrimento de las condiciones de habitabilidad de los usuarios. Puede destacarse la exposición de algunos materiales en zonas comunes con un aspecto algo brutalista. Algunos pasillos desnudos de ornamentación pueden recordar a tipologías hospitalarias al igual que ocurre con ciertos espacios de control de los trabajadores.

Fuentes consultadas:

<http://www.jfarquitectes.com/es/projects/geriatrico-cugat-natura/>

<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/02-167045/centro-residencial-cugat-natura-jf-arquitectes>

RESIDENCIA HOGAR DE CUIDADOS ANDRITZ						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
	Dietger Wissouning Architekten		2015		Graz, Austria	
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Extra radio ciudad	Alta	Abierto Perimetral	Celebración Esparcimiento Deporte	Contemporáneo	Baja
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Residencia		Sí		Unidades Médicas	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Alas	Superficie: 6.950 m2 Superficie construida: 4.000 m2 Plantas: Pb+1	Habitación	Sí	Sí	Patio Salas multifuncionales Zonas de terapia Jardín Galería
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	Habitaciones 105	Individuales	14 m2	Baño Mobiliario	1	Sí

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Predominancia luz natural	Sí	Sí	Sí	Cálidos	Neutros	Medio
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	CONEXIÓN RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí

ANÁLISIS:

La obra se plantea como un único volumen perforado generando una serie de alas que funcionan como pequeñas estructuras sociales entre sí. Una serie de espacios de interacción que se entrelazan para configurar una habitabilidad de calidad. Todo el diseño persigue la presencia de la luz natural y la relación directa con el entorno natural, espacios ajardinados que bordean el volumen. Destacan los acabados en madera y la calidez de los detalles, la capacidad de identificación y encuentro.

– Ventajas:

Un edificio estructurado que genera unidades más pequeñas dentro del propio edificio consigue establecer relaciones de proximidad entre los residentes y un mejor desarrollo de los trabajos. La relación entre el entorno natural y el espacio interior mejoran la calidad de vida, además se establecen umbrales y espacios intermedios adecuados para la realización de actividades y la socialización. Otro factor destacable del proyecto se encuentra en la calidad de los detalles y el uso de materiales cálidos como la madera que tienen una presencia muy importante y repercuten sensorialmente en los individuos de manera positiva. Las habitaciones permiten una personalización elevada, hecho muy importante para generar arraigo con la nueva unidad habitacional.

– Desventajas:

Los principales problemas que pueden darse en este edificio están relacionados con la ubicación, carente de entornos dinámicos cercanos y que pudiesen tener repercusión en los usuarios. El número de servicios propios de la residencia tampoco es elevado, es decir, es necesaria una aportación exterior de servicios vinculados con la alimentación o los recursos médicos.

Fuentes consultadas:

<http://www.wissounig.com/>

<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/787883/residencia-hogar-de-cuidados-andritz-dietger-wissounig-architekten>

RESIDENCIA PERSONAS MAYORES						
DATOS	AUTOR		FECHA		UBICACIÓN	
	Óscar Miguel Ares Álvarez		2016		Aldemayor de San Martín, Valladolid	
PLANIMETRÍA	PLANTA			IMÁGENES		
						
MEDIO EXTERIOR	RELACIÓN CON EL MEDIO EXTERIOR	DIMENSIÓN ESPACIOS EXTERIORES	RECORRIDOS	ACTIVIDADES	LENGUAJE ARQUITECTÓNICO	REFERENCIAS EXTERNAS
	Zona rural	Alta	Patio-calle interior	Reunión Deporte Relax Celebración	Contemporáneo Sin ornamento	No
INSTALACIONES Y USOS	USOS		SECTORIZACIÓN		EQUIPAMIENTOS SUPLEMENTARIOS	
	Residencial		No		Gimnasio/ Salón Multifuncional Servicios Geriátricos	
ESPACIO Y FORMA	COMPOSICIÓN DEL EDIFICIO	DATOS PARCELA	UNIDAD ORGANIZATIVA	ESPACIOS COMUNES	ESPACIOS PRIVADOS	ESPACIOS COLECTIVOS PREDOMINANTES
	Perimetral Deformaciones interiores	Superficie: 2000 m2 Superficie construida: Plantas: Pb	Habitación	Sí	Sí	Espacios de reunión
UNIDAD ORGANIZATIVA	NÚMERO DE HABITACIONES	TIPO DE HABITACIONES	DIMENSIÓN HABITACIÓN	EQUIPAMIENTO DE HABITACIÓN	RESIDENTES POR ESTANCIA	INTERRELACIÓN
	27	Individuales Dobles	20 m2	Baño Mueblario Zona Intermedia común	1 a 2 personas	Sí

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	LUZ NATURAL/ LUZ ARTIFICIAL	LUZ NATURAL HABITACIONES	PERSONALIZACIÓN ESPACIAL	MATERIALES ZONAS COMUNES	COLORES PREDOMINANTES	TAMAÑO ESPACIOS COMUNES	
	Preeminencia Luz natural	Sí	No	Cálidos	Neutros y cálidos	Medio	
NUEVAS TECNOLOGÍAS	SEGURIDAD	ACCESIBILIDAD	BAÑOS Y MOBILIARIO ADAPTADO	RED INTERNET	CLIMATIZACIÓN	CONTROL LUZ	ORIENTACIÓN
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

ANÁLISIS:

La Residencia para mayores de Aldemayor de San Martín presenta una configuración no usual, el proyecto parte de la idea de ocupar toda la superficie de parcela, componer los espacios a través de un recorrido perimetral que se adosa a los bordes e ir fluctuando este recorrido generando espacios intersticiales a través de la colocación de las unidades habitacionales. Así queda en el interior de la parcela los espacios ajardinados que responden a una geometría quebrada y provoca la aparición de espacios y recorridos pintorescos. Este tipo de espacios genera una escala más reducida y confortable. Es un proyecto que presenta una dualidad marcada entre un borde exterior duro y un espacio libre interior con un borde difuso.

– Ventajas:

El edificio consigue una sensación de inmunidad frente al entorno árido exterior y la generación de un espacio interior confortable y repleto de luz y ventilación. En la constante movilidad de la geometría aparecen espacios que se estiran y compactan que favorecen la interacción entre personas y la identificación espacial. La materialidad interior propicia una sensación de calidez. La ausencia de pasillos uniformes y núcleos de comunicación generan sensación de independencia entre habitaciones y relación de vecindad en contraposición a un modelo hospitalario tradicional.

– Desventajas:

El recorrido del edificio se convierte en circular cuando las condiciones climatológicas no permiten el uso de los espacios exteriores lo que puede generar problemas de orientación. Existe una carencia de equipamientos complementarios para el ocio y la socialización de los usuarios del edificio y un déficit de superficie para actividades programadas. No existe ningún tipo de sectorización del edificio lo que puede generar problemas de interrelación entre habitantes de diferentes grado de envejecimiento. La situación e imagen del edificio genera una descontextualización que propicia la no identificación con el propio edificio que aparece como un objeto sin referencias urbanas.

Fuentes consultadas:

<http://contextosdearquitectura.com/proyecto-007/>

<http://www.plataformaarquitectura.cl/cl/800967/residencia-personas-mayores-scar-miguel-ares-alvarez>

ANEXO II

ENCUESTAS Y ENTREVISTAS DE ELABORACIÓN PROPIA

INTRODUCCIÓN

Las entrevistas y encuestas realizadas en este anexo se han desarrollado íntegramente en el Caso de Estudio: Residencia Seniors Ronda. Este centro ya analizado en el punto 9.2 de esta investigación se trata de un centro residencial para personas mayores situado en la localidad de Ronda (Málaga), centro privado en espera del concertaje de la Junta de Andalucía.

Para la elaboración de las encuestas y entrevistas se ha realizado un trabajo de campo en la propia residencia, donde se han establecidos diferentes grupos de usuarios del edificio.

Gracias a los datos que proporciona anualmente el *Informe sobre Personas Mayores*, que publica el Imserso, se pueden obtener gran cantidad de datos de especial interés para las investigaciones centradas en el envejecimiento poblacional. Sin embargo, en este anexo se busca extraer una serie de datos más específicos, centrados en la residencia para personas mayores desde una visión arquitectónica. Por ello, se hace hincapié en todos aquellos aspectos que relacionan la vida en la residencia con las prestaciones del proyecto.

Los grupos establecidos, dentro de los usuarios del edificio, para este estudio han sido tres: trabajadores, visitantes y residentes. A cada uno de estos grupos se le han realizado una serie de cuestiones sobre tres grandes bloques comunes, sin embargo, las preguntas tienen diferentes enfoques según el grupo al que son dirigidas.

También se ha realizado una entrevista al director del centro, Francisco Javier Recio Cano. Esta entrevista no estructurada trata de conocer, desde la perspectiva de un responsable de este tipo de edificios, las necesidades y carencias en el diseño y construcción y las ventajas que ofrecen a los usuarios.

ENCUESTA 1:

EL MODELO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES. CASO DE ESTUDIO RESIDENCIA SENIORS RONDA

Grupo encuestado: Trabajadores del centro

Características:

Número Total: 12 personas

Ocupación:

Auxiliares de Enfermería: 8 personas

Médico: 1 persona

DUE: 1 persona

Trabajador social: 1 persona

Fisioterapeuta: 1 persona

Edad: 20-60 años

Sexo:

Hombres: 3 personas

Mujeres: 9 personas

CUESTIONARIO:

1. GESTIÓN DEL PROYECTO

1. En la decisión de construir una residencia para personas mayores ¿Qué procesos calificaría de mayor importancia para aprobar el proyecto?

- a. Estudio de mercado y necesidad de plazas en el territorio
- b. Adecuación a la normativa vigente
- c. Análisis conjunto de los actores sociales afectados por el proyecto
- d. Viabilidad del modelo empresarial
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 58.3% b. 0% c. 33.3% d. 8.3% e. 0%

2. ¿Cree usted que existe una correcta relación entre los actores (empresa, instituciones, grupos sociales...) encargados de desarrollar el proyecto?

- a. Sí, el desarrollo es correcto
- b. Sí, aunque existen dificultades
- c. No, aunque el proceso es adecuado
- d. No, se necesita construir un marco normativo
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 25% b. 41.6% c. 8.3% d. 25% e. 0%

3. ¿Qué agentes sociales cree que tienen mayor incidencia en el proceso de gestión?

- a. Instituciones públicas
- b. Empresas privadas
- c. Asociaciones y colectivos del territorio
- d. Grupos multidisciplinares de expertos
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 50% b. 33.3% c. 8.3% d. 8.3% e. 0%

4. ¿Estima correctos los criterios de las empresas, ya sean públicas o privadas, para tomar la decisión de construir un centro residencial para personas mayores en un determinado lugar?
- a. Sí, los criterios son adecuados.
 - b. Sí, aunque existan deficiencia en los criterios de elección
 - c. No, debería existir una normativa que los regulara
 - d. No, deberían estar exclusivamente bajo la demanda de las instituciones públicas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 8.3% b. 25% c. 58.3% d. 8.3% e. 0%

2. EMPLAZAMIENTO URBANO

1. ¿Qué ubicación prefiere para construir una residencia para personas mayores?
- a. Centros urbanos de ciudad consolidados
 - b. Barrios no céntricos o extra radio de ciudad
 - c. Centros urbanos rurales
 - d. Áreas rurales fuera de los centros urbanos.
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 8,3% b. 33,3% c. 33,3% d. 25% e. 0%

2. ¿Qué incidencias son para usted las más negativas en la ubicación rural de su centro de trabajo?
- a. Problemas de movilidad y aislamiento
 - b. Distancia de servicios
 - c. Problemas de socialización
 - d. No tiene incidencias negativas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 50% b. 33,3% c. 0% d. 16,6% e. 0%

3. ¿Cómo cree que afecta la ubicación de su centro de trabajo a los residentes?
- a. Muy bien
 - b. Bien
 - c. Mal
 - d. Muy mal
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 16,6% b. 41,6% c. 25% d. 16,6% e. 0%

4. ¿Cómo cree que afecta la ubicación de su centro de trabajo a los trabajadores?

- a. Muy bien
- b. Bien
- c. Mal
- d. Muy mal
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 8,3% b. 33,3% c. 33,3% d. 25% e. 0%

5. ¿Entiende necesario establecer unas condiciones estipuladas por ley para la ubicación de los centros residenciales para personas mayores?

- a. Sí, es necesario establecer una normativa
- b. No, bastaría con unas recomendaciones
- c. No, es una decisión de las empresas
- d. No, para empresas privadas y sí para empresas públicas
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 58,3% b. 8,3% c. 25% d. 8,3% e. 0%

3. DISEÑO ARQUITECTÓNICO

1. ¿Cómo cree que afecta el lenguaje arquitectónico del centro (el edificio está compuesto su imagen mediante elementos clasicistas y reminiscencias a la arquitectura vernácula) a los residentes?

- a. Positivamente, establece una identificación con el individuo
- b. Positivamente, genera una imagen amable del edificio
- c. Negativamente, no provoca identificación con el individuo
- d. Negativamente, establece una imagen institucional del centro
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 25% b. 58,3% c. 8,3% d. 8,3% e. 8,3%*

*Respuesta: El edificio se asimila a una especie de cortijo, encaja dentro del lugar donde se encuentra, lo que hace que las personas mayores se encuentren mejor dentro de un entorno saludable y natural.

2. ¿Qué grado de importancia le daría al uso de los espacios exteriores (terrazas, patios, paseos, jardines) tanto para los residentes como para trabajadores y residentes?

- a. Muy importante
- b. Importante
- c. Son complementarios pero no necesarios
- d. No son importantes
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 83,3% b. 16,6% c. 0% d. 0% e. 0%

3. ¿Qué espacios cree que deberían mejorar su diseño para mejorar el funcionamiento de este tipo de centros?
- a. Baños, cambiadores y zonas de atención rápida
 - b. Espacios comunes (comedor, galerías, salas de estar, salas de terapia...)
 - c. Habitaciones de reconocimiento y tratamiento (consultas, habitaciones especializadas, despachos...)
 - d. Habitaciones
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 66,6% b. 16,6% c. 8,3% d. 8,3% e. 0%

4. ¿Cuáles son los espacios que aportan mejor calidad de vida a los residentes?
- a. Habitaciones
 - b. Zonas comunes de interacción
 - c. Espacios exteriores equipados
 - d. Espacios de transición (pasillos, galerías, recepciones, comunicaciones...)
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 8,3% b. 41,6% c. 33,3% d. 8,3% e. 8,3%*

*Respuesta: Los espacios como baños bien adaptados, unidades de atención, etc.

5. ¿Qué equipamientos entiende de mayor importancia dentro del centro?
- a. Equipamientos de ocio (sala multimedia, sala recreativa, biblioteca, cafetería...)
 - b. Equipamientos de salud (salas de terapia, gimnasio, unidades medicalizadas...)
 - c. Equipamientos de servicio (peluquería, capilla, tanatorio...)
 - d. Equipamientos de funcionamiento autónomo del centro (cocina, lavandería, almacenes...)
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 16,6% b. 50% c. 8,3% d. 25% e. 0%

6. ¿Qué modelo de edificio considera más eficiente para desarrollar las funciones de una residencia para personas mayores?
- a. Edificio en altura
 - b. Edificio lineal
 - c. Edificio articulado por patios
 - d. Edificio en sectorizado en alas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 0% b. 25% c. 33,3% d. 41,6% e. 0%

7. ¿A la hora de realizar su trabajo que requisitos entiende de mayor importancia para los espacios destinados a usos concretos?
- a. Proporción y dimensiones
 - b. Luz y ventilación
 - c. Acabados y materiales
 - d. Ubicación en el edificio
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 66,6% b. 8,3 % c. 0% d. 25% e. 0%

ENCUESTA 2:

EL MODELO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES. CASO DE ESTUDIO RESIDENCIA SENIORS RONDA

Grupo encuestado: Residentes del centro

Características:

Número Total: 20 personas

Edad: 62-88 años

Sexo:

Hombres: 6 personas

Mujeres: 14 personas

CUESTIONARIO:

1. GESTIÓN DEL PROYECTO

1. En la decisión de construir una residencia para personas mayores ¿Qué procesos calificaría de mayor importancia para aprobar el proyecto?
 - a. Necesidad de plazas en el territorio
 - b. Cumplimiento de la normativa
 - c. Contar con las asociaciones y actores del territorio
 - d. Viabilidad del modelo empresarial
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 50% b. 5% c. 25% d. 0% e. 20%*

* No sabe/ no contesta

2. ¿Cree usted que existe una correcta relación entre los actores (empresa, instituciones, grupos sociales...) encargados de desarrollar el proyecto?
 - a. Sí, el desarrollo es correcto
 - b. Sí, aunque existen dificultades
 - c. No, aunque el proceso es adecuado
 - d. No, se necesita construir un marco normativo
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 25% b. 40% c. 10% d. 10% e. 15%*

* No sabe/ no contesta

3. ¿Qué agentes sociales cree que tienen mayor incidencia en el proceso de gestión?
 - a. Instituciones públicas
 - b. Empresas privadas
 - c. Asociaciones y colectivos del territorio
 - d. Grupos multidisciplinares de expertos
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 60% b. 20% c. 10% d. 0% e. 10%*

* No sabe/ no contesta

4. ¿Estima correctos los criterios de las empresas, ya sean públicas o privadas, para tomar la decisión de construir un centro residencial para personas mayores en un determinado lugar?
- Sí, los criterios son adecuados.
 - Sí, aunque existan deficiencia en los criterios de elección
 - No, debería existir una normativa que los regulara
 - No, deberían estar exclusivamente bajo la demanda de las instituciones públicas
 - Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 20% b. 40% c. 10% d. 10% e. 20%*

* No sabe/ no contesta

2. EMPLAZAMIENTO URBANO

1. ¿Qué ubicación prefiere para construir una residencia para personas mayores?
- Centros urbanos de ciudad consolidados
 - Barrios no céntricos o extra radio de ciudad
 - Centros urbanos rurales
 - Áreas rurales fuera de los centros urbanos.
 - Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 10% b. 20% c. 50% d. 20% e. 0%

2. ¿Qué incidencias son para usted las más negativas en la ubicación rural de su centro de residencial?
- Problemas de movilidad y aislamiento
 - Distancia de servicios
 - Problemas de socialización
 - No tiene incidencias negativas
 - Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 55% b. 20% c. 20% d. 5% e. 0%

3. ¿Cómo cree que afecta la ubicación de su centro de residencial en su día a día?
- Muy bien
 - Bien
 - Mal
 - Muy mal
 - Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 25% b. 60% c. 10% d. 5% e. 0%

4. ¿Entiende necesario establecer unas condiciones estipuladas por ley para la ubicación de los centros residenciales para personas mayores?
- a. Sí, es necesario establecer una normativa
 - b. No, bastaría con unas recomendaciones
 - c. No, es una decisión de las empresas
 - d. No, para empresas privadas y sí para empresas públicas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 50% b. 20 % c. 5% d. 0% e. 25%*

* No sabe/ no contesta

3. DISEÑO ARQUITECTÓNICO

1. ¿Cómo cree que afecta el lenguaje arquitectónico del centro (el edificio está compoene su imagen mediante elementos clasicistas y reminiscencias a la arquitectura vernácula) a los residentes que vivís aquí?
- a. Positivamente, establece una identificación con el individuo
 - b. Positivamente, genera una imagen amable del edificio
 - c. Negativamente, no provoca identificación con el individuo
 - d. Negativamente, establece una imagen institucional del centro
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b. 40% c. 0% d. 10% e. 20%*

*No sabe/ no contesta

2. ¿Qué grado de importancia le daría al uso de los espacios exteriores (terrazas, patios, paseos, jardines) tanto para los residentes como para trabajadores y visitantes?
- a. Muy importante
 - b. Importante
 - c. Son complementarios pero no necesarios
 - d. No son importantes
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 70% b. 20% c. 0% d. 5% e. 5%*

* Respuesta no especificada

3. ¿Qué espacios cree que deberían mejorar su diseño para mejorar el funcionamiento de este tipo de centros?
- a. Baños, cambiadores y zonas de atención rápida
 - b. Espacios comunes (comedor, galerías, salas de estar, salas de terapia...)
 - c. Habitaciones de reconocimiento y tratamiento (consultas, habitaciones especializadas, despachos...)
 - d. Habitaciones
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 5% b. 40% c. 5% d. 50% e. 0%

4. ¿Cuáles son los espacios que aportan mejor calidad de vida a los residentes?

- a. Habitaciones
- b. Zonas comunes de interacción
- c. Espacios exteriores equipados
- d. Espacios de transición (pasillos, galerías, recepciones, comunicaciones...)
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b. 30% c. 30% d. 5% e. 5%*

*No sabe/ no contesta

5. ¿Qué equipamientos entiende de mayor importancia dentro del centro?

- a. Equipamientos de ocio (sala multimedia, sala recreativa, biblioteca, cafetería...)
- b. Equipamientos de salud (salas de terapia, gimnasio, unidades medicalizadas...)
- c. Equipamientos de servicio (peluquería, capilla, tanatorio...)
- d. Equipamientos de funcionamiento autónomo del centro (cocina, lavandería, almacenes...)
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 40% b. 10% c. 30% d. 10% e. 10%*

* Se han establecido respuestas relacionadas con la calidad del mobiliario

6. ¿Qué modelo de edificio considera más eficiente para desarrollar las funciones de una residencia para personas mayores?

- a. Edificio en altura
- b. Edificio lineal
- c. Edificio articulado por patios
- d. Edificio sectorizado en alas
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 0% b. 5% c. 80% d. 5% e. 10%*

* No sabe/ no contesta

7. ¿A la de habitar los espacios qué requisitos entiende fundamentales para una mayor calidad de vida?

- a. Proporción y dimensiones
- b. Luz y ventilación
- c. Acabados y materiales
- d. Ubicación en el edificio
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 10% b. 40% c. 50% d. 0% e. 0%

ENCUESTA 3:

EL MODELO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES. CASO DE ESTUDIO RESIDENCIA SENIORS RONDA

Grupo encuestado: Visitantes del centro

Características:

Número Total: 40 personas

Edad: 17- 74 años

Sexo:

Hombres: 17 personas

Mujeres: 23 personas

CUESTIONARIO:

1. GESTIÓN DEL PROYECTO

1. En la decisión de construir una residencia para personas mayores ¿Qué procesos calificaría de mayor importancia para aprobar el proyecto?
 - a. Estudio de mercado y necesidad de plazas en el territorio
 - b. Adecuación a la normativa vigente
 - c. Análisis conjunto de los actores sociales afectados por el proyecto
 - d. Viabilidad del modelo empresarial
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 50% b. 20% c. 30% d. 0% e. 0%

2. ¿Cree usted que existe una correcta relación entre los actores (empresa, instituciones, grupos sociales...) encargados de desarrollar el proyecto?
 - a. Sí, el desarrollo es correcto
 - b. Sí, aunque existen dificultades
 - c. No, aunque el proceso es adecuado
 - d. No, se necesita construir un marco normativo
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 10% b. 15% c. 10% d. 65% e. 0%

3. ¿Qué agentes sociales cree que tienen mayor incidencia en el proceso de gestión?
 - a. Instituciones públicas
 - b. Empresas privadas
 - c. Asociaciones y colectivos del territorio
 - d. Grupos multidisciplinares de expertos
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 55% b. 40% c. 5% d. 0% e. 0%

4. ¿Estima correctos los criterios de las empresas, ya sean públicas o privadas, para tomar la decisión de construir un centro residencial para personas mayores en un determinado lugar?
- a. Sí, los criterios son adecuados.
 - b. Sí, aunque existan deficiencia en los criterios de elección
 - c. No, debería existir una normativa que los regulara
 - d. No, deberían estar exclusivamente bajo la demanda de las instituciones públicas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b. 25% c. 25% d. 20% e. 0%

2. EMPLAZAMIENTO URBANO

1. ¿Qué ubicación prefiere para construir una residencia para personas mayores?
- a. Centros urbanos de ciudad consolidados
 - b. Barrios no céntricos o extra radio de ciudad
 - c. Centros urbanos rurales
 - d. Áreas rurales fuera de los centros urbanos.
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 5% b. 40% c. 15% d. 40% e. 0%

2. ¿Qué incidencias son para usted las más negativas en la ubicación rural del centro residencial?
- a. Problemas de movilidad y aislamiento
 - b. Distancia de servicios
 - c. Problemas de socialización
 - d. No tiene incidencias negativas
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 45% b. 25% c. 15% d. 15% e. 0%

3. ¿Cómo cree que afecta la ubicación del centro a los residentes?
- a. Muy bien
 - b. Bien
 - c. Mal
 - d. Muy mal
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 40% b. 50% c. 5% d. 5% e. 0%

4. ¿Cómo cree que afecta la ubicación del centro a los visitantes?

- a. Muy bien
- b. Bien
- c. Mal
- d. Muy mal
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 10% b. 40% c. 40% d. 10% e. 0%

5. ¿Entiende necesario establecer unas condiciones estipuladas por ley para la ubicación de los centros residenciales para personas mayores?

- a. Sí, es necesario establecer una normativa
- b. No, bastaría con unas recomendaciones
- c. No, es una decisión de las empresas
- d. No, para empresas privadas y sí para empresas públicas
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 70% b. 20% c. 5% d. 5% e. 0%

3. DISEÑO ARQUITECTÓNICO

1. ¿Cómo cree que afecta el lenguaje arquitectónico del centro (el edificio está compuesto su imagen mediante elementos clasicistas y reminiscencias a la arquitectura vernácula) a los residentes?

- a. Positivamente, establece una identificación con el individuo
- b. Positivamente, genera una imagen amable del edificio
- c. Negativamente, no provoca identificación con el individuo
- d. Negativamente, establece una imagen institucional del centro
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b. 60% c. 0% d. 10% e. 8,3%

2. ¿Qué grado de importancia le daría al uso de los espacios exteriores (terrazas, patios, paseos, jardines) tanto para los residentes como para trabajadores y visitantes?

- a. Muy importante
- b. Importante
- c. Son complementarios pero no necesarios
- d. No son importantes
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 80% b. 20% c. 0% d. 0% e. 0%

3. ¿Qué espacios cree que deberían mejorar su diseño para mejorar el funcionamiento de este tipo de centros?

- a. Baños, cambiadores y zonas de atención rápida
- b. Espacios comunes (comedor, galerías, salas de estar, salas de terapia...)
- c. Habitaciones de reconocimiento y tratamiento (consultas, habitaciones especializadas, despachos...)
- d. Habitaciones
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 25% b. 30% c. 5% d. 40% e. 0%

4. ¿Cuáles son los espacios que aportan mejor calidad de vida a los residentes?

- a. Habitaciones
- b. Zonas comunes de interacción
- c. Espacios exteriores equipados
- d. Espacios de transición (pasillos, galerías, recepciones, comunicaciones...)
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 5% b. 60% c. 35% d. 0% e. 0%

5. ¿Qué equipamientos entiende de mayor importancia dentro del centro?

- a. Equipamientos de ocio (sala multimedia, sala recreativa, biblioteca, cafetería...)
- b. Equipamientos de salud (salas de terapia, gimnasio, unidades medicalizadas...)
- c. Equipamientos de servicio (peluquería, capilla, tanatorio...)
- d. Equipamientos de funcionamiento autónomo del centro (cocina, lavandería, almacenes...)
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b. 25% c. 20% d. 25% e. 0%

6. ¿Qué modelo de edificio considera más eficiente para desarrollar las funciones de una residencia para personas mayores?

- a. Edificio en altura
- b. Edificio lineal
- c. Edificio articulado por patios
- d. Edificio en sectorizado en alas
- e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 5% b. 5% c. 60% d. 30% e. 0%

7. ¿Qué requisitos arquitectónicos considera usted más importantes para la calidad de vida de los residentes?
- a. Proporción y dimensiones
 - b. Luz y ventilación
 - c. Acabados y materiales
 - d. Ubicación en el edificio
 - e. Otros (especifique su respuesta)

Resultados:

a. 30% b.40 % c. 20% d. 10% e. 0%

ENTREVISTA:

EL MODELO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES. CASO DE ESTUDIO RESIDENCIA SENIORS RONDA

Entrevista realizada a Francisco Javier Recio Cano, director de la residencia para personas mayores Seniors Ronda, realizada el día 13 de Junio de 2017.

La residencia situada en la localidad malagueña es un centro con capacidad para 180 plazas y centro de día, situado al borde de la Reserva de la Biosfera Parque de Sierra de las Nieves. En la siguiente entrevista se pretende obtener información complementaria para la investigación a través de las aportaciones de un profesional cualificado del sector con una alta responsabilidad en el funcionamiento colectivo de un centro de estas características.

LA GESTIÓN DEL PROYECTO RESIDENCIA. FASES INICIALES

1. ¿ A la hora de construir una residencia, que procesos calificaría de mayor importancia para dar luz verde al proyecto?

Es importante establecer un estudio de mercado, ver la competencia en la zona y hacer un análisis de media de edad de la población. En el caso concreto de Ronda la demanda de plazas era alta y no existían suficientes centros.

2. ¿ Qué nivel de interacción entre empresa, administración, equipo de diseño y actores del territorio se da?

Un factor muy importante es encontrar la ubicación idónea, en el caso del modelo de residencia que Seniors desarrolla se buscan ubicaciones con parajes naturales donde poder construir. Una vez está establecida la idea comienzan las reuniones con Ayuntamiento y Junta de Andalucía, concretamente con la Consejería de Asuntos Sociales.

El proceso de construcción de esta residencia requería de una modificación del PGOU y además por la ubicación se necesitaba de una inversión en axeso por carretera. Los trámites se han prolongado durante unos diez años, esto es un claro ejemplo de que la interacción entre agentes no funciona correctamente.

3. ¿ Cómo puede mejorarse en España estos trámites e implicar a los agentes sociales?

Las administraciones deberían ofrecer más iniciativa a la hora de abordar estos proyectos, incluso una vez aprobado todo los requisitos se producen retrasos posteriores por temas burocráticos. Existe mucha descoordinación entre las diferentes instituciones.

El grupo Seniors está en contacto con los modelos residenciales nórdicos, por lo que se pide una continua revisión de las normativas para acelerar los procesos y que no queden obsoletas además de contemplar vías para dar soluciones de manera más directa.

Otro factor de especial interés tiene que ver con el número de trabajadores que están gestionando los modelos residenciales, quizás sea necesaria un aumento de la plantilla.

4. ¿Qué opinión general le merece el estado actual de esta fase de ideación por parte de las normativas estatales y autonómicas?

Está obsoleta, sería necesario una revisión y un mayor grado de trabajo para planificar las estrategias de futuro, se atropellan los permisos, las inspecciones y las certificaciones, esto es una señal inequívoca de que el sistema no avanza a un ritmo adecuado. Se trata de construir el hogar de las personas mayores, debe convertirse en un asunto de mayor prioridad.

– EL EMPLAZAMIENTO URBANO

1. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la ubicación urbana de una residencia? ¿Por qué su empresa opta por la ubicación en zonas semi-naturales?

Básicamente es filosofía de empresa, este grupo busca entornos naturales que puedan ser un hecho diferenciador con otras empresas.

Además la ubicación en entornos naturales conlleva una serie de ventajas, no existen interferencias externas nocivas, la tranquilidad se impone y favorece mucho en el desarrollo de enfermedades degenerativas.

2. ¿En qué grado afecta la urbanización y las conexiones para el desarrollo de las funciones de la residencia?

Los servicios se ven poco afectados, la distancia hasta el núcleo urbano no es lo suficientemente grande como para generar problemas. Es fundamental gestionar bien algunos servicios como el transporte para los residentes o las posibles salidas a centros de salud. Debe existir una mediación entre ubicación y distancia a servicios básicos.

3. ¿Qué nivel de afectación puede producir el entorno urbano consolidado en los residentes?

Mi experiencia gestionando un centro en Córdoba ratifica que el trabajo es mucho más cómodo en entornos naturales. Los residentes se ven oprimidos dentro de un espacio más reducido y las condiciones posibles de luz y ventilación se ven mermadas.

Las densidades de ocupación en la ciudad son más altas y esto no es beneficioso para un entorno saludable, tanto trabajadores como residentes

4. ¿En el caso de su modelo de residencia pueden los residentes provenientes de entornos urbanos muy consolidados verse afectados negativamente por este nuevo entorno? ¿Si es así cómo piensa que podría resolverse?

En la zona en que nosotros trabajamos la mayoría de las personas han vivido cercanas al medio rural, por lo que no existen grandes problemas de adaptación. Es más traumático el cambio de un entorno rural hacia uno urbano. Quizás este problema que me plantea tenga una mayor repercusión en las generaciones venideras.

5. ¿Qué planteamiento cree que deberían tomar las administraciones para regular la ubicación de los centros residenciales para personas mayores?

Uno de los objetivos fundamentales del centro es la socialización de los residentes con la población en que se encuentran por lo que sería ideal que se estipularan entornos tranquilos y saludables. Controlar los estándares de medio ambiente, calidad del aire, tráfico y otros factores que repercuten en la salud.

– EL DISEÑO ARQUITÉCTONICO

1. ¿ Cómo cree usted que afecta el lenguaje arquitectónico para establecer una relación de identidad entre edificio y residentes?

Afecta muchísimo, hay que huir de una imagen hospitalaria y acercarse a una idea de hogar, es preferible que el edificio se asemeje a una vivienda que a una institución. Nuestro grupo ha apostado por una especie de imagen clásica, similar a una hacienda de la campiña.

2. ¿ Qué importancia tienen para los residentes los espacios exteriores y para el desarrollo de la gestión de los trabajos dentro del edificio?

Es fundamental, todas nuestras residencias tienen una gran cantidad de espacio exterior principalmente ajardinado. Estos espacios de esparcimiento son la base de nuestro modelo, es en ellos donde las personas encuentran la tranquilidad necesaria y la conexión con el medio.

3. ¿ Qué espacios calificaría usted de mayor importancia para mejorar la estancia de los residentes en cualquier residencia?

Los espacios comunes tienen una gran importancia, todos los terapeutas nos dicen que la convivencia es uno de los mecanismos más fiables para paliar los efectos del envejecimiento. Pero para ello debes tener zonas comunes perfectamente habilitadas, la habitación debe ser sólo para dormir por lo que la adaptación de las zonas comunes para realizar todo tipo de actividades del día a día es muy importante.

4. ¿ Supone la accesibilidad una sino la más importante de las cuestiones para el proyecto de una residencia y para el uso por parte de residentes y trabajadores?

Sí, además a raíz de la normativa de 2007 los requisitos son muy estrictos.

5. ¿ Qué factores del diseño mejoran la calidad de vida de los usuarios (todos) de la residencia?

En mi opinión todos los factores tienen mucha importancia, desde el mobiliario de buena calidad hasta los acabados de los baños, pero la luz y la ventilación es determinante para desarrollar la vida en la residencia. No podemos olvidar la elección del diseño interior, desde colores, decoración o mobiliario. Hay que buscar la calidez de los espacios.

Es inexplicable que la normativa no recoja alguno de estos aspectos porque tienen una gran influencia en el día a día .

6. ¿ Qué tipo de equipamientos considera imprescindibles para el correcto funcionamiento del centro?

En residencias del tamaño de la nuestra hay que caminar hacia la autonomía, cocina, lavandería, mantenimiento... Facilita la calidad y el tiempo de trabajo.

7. ¿ Qué modelo de organización espacial entiende más favorable?

Hay que hacer mucho hincapié en la sectorización, te permite generar grupos de convivencia entre diferentes perfiles de los residentes. Ayuda a la calidad de vida y a la realización de los trabajos diarios. Hay que apostar por grupos homogéneos basados en los perfiles individuales.

También tenemos que caminar hacia posibilitar los trabajos multidisciplinares dentro de la residencia y establecer bien los espacios para los familiares, deben existir estancias habilitadas para los visitantes porque el camino de la especialización generará mejores prestaciones.

Hay que pensar muy bien los desplazamientos, las personas mayores no pueden estar sometidas a distancias entre servicios del centro muy largas porque va en detrimento de su movilidad. Además tener muy en cuenta los planes de evacuación.

8. ¿ Cómo puede ayudar la incorporación de las nuevas tecnologías?

Evidentemente hay exigencias de adaptación a nuestros tiempos, es necesario establecer conexiones de red wifi, áreas multimedia e incorporando poco a poco estos servicios. Las generaciones venideras lo van a demandar.

9. Seniors cuenta, según la información de su web, con un sistema interno de control de calidad denominado SIIS ¿ Cómo gestionan ese sistema e interpretan los datos? ¿Cuentan las administraciones con requerimientos similares tanto cuantitativa como cualificativamente?

Es un sistema propio bastante desarrollado a través de protocolos aprobados por la Junta de Andalucía. El sistema recoge una serie de datos que tienen que pasar una auditoría externa para acreditar anualmente la calidad que ofreces a los residentes, trabajadores y familiares.

Este sistema toma muchos campos de estudio y con ello hace evaluaciones generales y pormenorizadas lo que hace que siempre tengas información para mejorar.

10. ¿ Qué medidas cree que deberían estar reguladas en incorporadas de manera legislativa para que fuesen de obligado cumplimiento en el diseño de residencias?

Los protocolos públicos son más deficitarios que los privados, debería establecerse un sistema de calidad unitario y que sea de aplicación inmediata. Debe avanzarse mucho más en los protocolos de exigencia porque es el único camino para el continuo desarrollo. Sobre todo hay que centrar la normativa en las personas como elemento de medida.