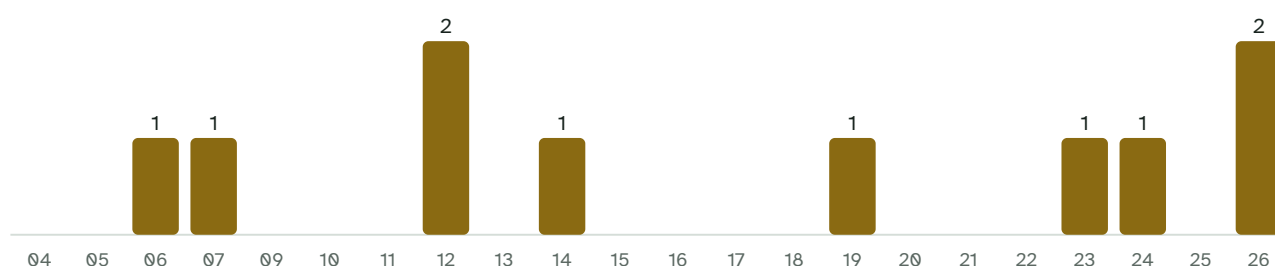


Dependencia y recursos sociosanitarios

La dependencia es, para la ley, el estado de carácter permanente de quien precisa la atención de otra persona o ayudas importantes para las actividades básicas de la vida diaria; en España la regula la Ley 39/2006, que creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). En el EIR cae la **escala de Zarit** (sobrecarga de la cuidadora, el único concepto repetido) y, sobre todo, la letra de la ley: definiciones, grados, prestaciones y requisitos. En las últimas convocatorias han entrado el Plan de Recuperación (componente 22) y el Estudio EDI sobre desinstitucionalización y modelo de atención centrada en la persona.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



10 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador (3 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Deficiencia, discapacidad, minusvalía y dependencia	7
2. La Ley 39/2006 y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	10
3. Grados de dependencia, valoración y programa individual de atención	13
4. Catálogo de servicios, prestaciones económicas y teleasistencia	15
5. La persona cuidadora: perfil, consecuencias y escala de Zarit	19
6. Atención sociosanitaria y Plan Gerontológico	23
7. Hacia un nuevo modelo de cuidados: atención centrada en la persona y desinstitucionalización	25
Todas las preguntas del tema (10)	28
Preguntas que también podrían ser de este tema (5)	32
Solucionario	34
Fuentes	35

Resumen para repasar

1. Deficiencia, discapacidad, minusvalía y dependencia

- CIDDM (OMS, 1980): **deficiencia** = pérdida o anormalidad de estructura o función (órgano); **discapacidad** = restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o margen normal (persona); **minusvalía** = situación desventajosa que limita el desempeño de un rol (social) ^{F8}.
- CIF (OMS, 2001): **discapacidad** es término genérico (deficiencias + limitaciones en la actividad + restricciones en la participación); «limitación en la actividad» sustituye a la «discapacidad» de 1980 ^{F9}.
- **Modelo médico**: problema de la persona causado por la enfermedad. **Modelo social**: problema de origen social, creado en gran parte por el entorno. La CIF integra ambos con el enfoque **biopsicosocial** ^{F9}.
- Consejo de Europa (1998): dependencia = necesidad de asistencia o ayudas importantes para los actos corrientes de la vida diaria por falta o pérdida de autonomía ^{F10}.

2. La Ley 39/2006 y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

- Regula un **derecho subjetivo de ciudadanía** y crea el **SAAD**, red de utilización pública de centros y servicios públicos y privados ^{F1}.
- **Dependencia**: «estado de **carácter permanente**» por edad, enfermedad o discapacidad, ligado a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial ^{F1}.
- **Cuidados no profesionales**: familia o entorno, no vinculados a un servicio profesional. **Tercer sector**: organizaciones privadas de iniciativa ciudadana, solidarias, de interés general y **sin ánimo de lucro** ^{F1}.
- Tres niveles de protección: **mínimo** (Estado), **acordado** (Estado-CCAA) y **adicional** (cada comunidad) ^{F1}.

3. Grados de dependencia, valoración y programa individual de atención

- **Grado I** (moderada): ayuda al menos una vez al día; **grado II** (severa): dos o tres veces al día; **grado III** (gran dependencia): varias veces al día y apoyo indispensable y continuo de otra persona ^{F1,F3}.
- Baremo **BVD** (RD 174/2011): **25-49** grado I, **50-74** grado II, **75-100** grado III; desde los **3 años**; menores de 3 años, escala **EVE** ^{F3}.
- La ley ya no divide los grados en dos **niveles** (los suprimió en 2012), aunque el texto del baremo de 2011 los conserva; en 2025 se añade el **grado III+** de dependencia extrema (ELA y procesos de alta complejidad) ^{F2,F1,F3}.
- Valoran órganos públicos de las CCAA; la resolución vale en todo el Estado; los servicios sociales elaboran el **PIA**; plazo máximo de **seis meses** ^{F1}.

4. Catálogo de servicios, prestaciones económicas y teleasistencia

- Servicios del catálogo, **prioritarios**: prevención y promoción de la autonomía, **teleasistencia**, ayuda a domicilio, centro de día y de noche y atención residencial ^{F1}.
- Prestaciones económicas: **vinculada al servicio, cuidados en el entorno familiar (excepcional) y asistencia personal** ^{F1}.
- Cuidadora no profesional: familiar o del entorno, con **idoneidad** para prestar adecuadamente los cuidados; debe ajustarse a las normas sobre **afiliación, alta y cotización** a la Seguridad Social; desde 2019 las cuotas del convenio especial las paga el Estado ^{F4,F1,F6}.
- Ayuda a domicilio: **20-37 h/mes** (grado I), **38-64** (II), **65-94** (III) ^{F4}.
- Teleasistencia: respuesta inmediata ante emergencia, inseguridad, **soledad y aislamiento**; complementaria en cualquier grado, **salvo atención residencial** ^{F1,F4}.
- Límites de la asistencia telemática: en las personas mayores, peor acceso a la tecnología y dificultad en su manejo; barreras para las personas con discapacidad o limitaciones físicas y sensoriales ^{F15,F22}.

5. La persona cuidadora: perfil, consecuencias y escala de Zarit

- Perfil (IMERSO, 2004): **mujer** (83,6 %) de unos **53 años**, casada, a menudo **hija** ^{F11}.
- Consecuencia más frecuente del cuidado: **reducir el tiempo de ocio** (61,8 %; 64,1 % en 1994), seguida de no poder ir de vacaciones ^{F11,F10}.
- Carga **objetiva** (dedicación, tareas, tiempo) y **subjettiva** (percepciones y sentimientos negativos; depende de la percepción de la cuidadora) ^{F12}.
- **Zarit**: mide la **carga subjettiva**; **22 ítems** de 1 a 5, autoadministrable; los cortes varían según la fuente (guía valenciana: ≤ 46 sin sobrecarga, ≥ 56 intensa) ^{F12,F13}.

6. Atención sociosanitaria y Plan Gerontológico

- Atención sociosanitaria (Ley 16/2003): cuidados para personas con enfermedades que generan dependencia, con actuación **simultánea y sinérgica** de servicios sanitarios y sociales ^{F7}.
- Comprende **cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia, rehabilitación** del déficit funcional y **cuidados intermedios** ^{F7}.
- **Plan Gerontológico** (INERSO): **cinco áreas: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación** ^{F10}.

7. Hacia un nuevo modelo de cuidados: atención centrada en la persona y desinstitucionalización

- **Componente 22** del Plan de Recuperación: modelo de **Atención Centrada en la Persona** y transición hacia un modelo **desinstitucionalizado** ^{F16}.
- «Institución» (inspirada en las **instituciones totales de Goffman**): **aislamiento** de la comunidad, poco control sobre la propia vida y **requisitos de la organización por encima de las necesidades** de las personas ^{F17,F16}.
- **Enfoque basado en derechos**: analizar las **desigualdades** de las políticas de cuidado y **corregir las prácticas discriminatorias**; la persona mayor, **sujeto activo de derechos** ^{F17}.
- Acuerdo de acreditación 2022: **unidades de convivencia de 15 personas como máximo**; nuevos centros de 75, 90 o 120 plazas; adaptación hasta el **31/12/2029** ^{F19}.

Puntos clave

- 1 CIDD (1980): discapacidad = «toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano» ^{F8}.
- 2 El modelo social entiende la discapacidad como un conjunto de condiciones creadas en gran parte por el entorno social; la CIF integra modelo médico y social en el enfoque biopsicosocial ^{F9}.
- 3 Ley 39/2006: la dependencia es un «estado de carácter permanente», por edad, enfermedad o discapacidad ^{F1}.
- 4 Tercer sector: organizaciones privadas de iniciativa ciudadana o social, solidarias, de interés general y sin ánimo de lucro ^{F1}.
- 5 Grados: I moderada (BVD 25-49), II severa (50-74), III gran dependencia (75-100) ^{F3}; la ley vigente ya no los divide en niveles ^{F1}.
- 6 La prestación por cuidados en el entorno familiar es excepcional y exige una cuidadora idónea, sujeta a las normas de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social, y cuyos cuidados sean adecuados ^{F1,F4,F5}.
- 7 La consecuencia del cuidado que afecta a más cuidadoras es la reducción del tiempo de ocio ^{F11}.
- 8 La escala de Zarit mide la sobrecarga subjetiva de la persona cuidadora (22 ítems) ^{F12}.
- 9 Plan Gerontológico: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación ^{F10}.
- 10 Componente 22: modelo de Atención Centrada en la Persona y desinstitucionalización de los cuidados de larga duración ^{F16}.
- 11 Institución (instituciones totales de Goffman): aislamiento de la comunidad y requisitos de la organización por encima de las necesidades de los residentes ^{F17}.

1. Deficiencia, discapacidad, minusvalía y dependencia

La **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías** (CIDDDM) de la OMS, de 1980 (edición española del INSERSO), describe tres planos de las consecuencias de la enfermedad, en el esquema **enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía** ^{F8}. Las deficiencias representan trastornos **a nivel de órgano**; las discapacidades, trastornos **al nivel de la persona** (su rendimiento funcional y su actividad); y las minusvalías, las **desventajas** que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, que reflejan su **interacción y adaptación al entorno** ^{F8}.

Plano (CIDDDM, OMS 1980)	Definición literal ^{F8}	Nivel
Deficiencia	«toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica»	Órgano
Discapacidad	«toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano»	Persona
Minusvalía	«una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)»	Social (interacción con el entorno)

EIR 2023 · 145

P4 · respuesta en el solucionario

Clasificación OMS: definición de discapacidad

Toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano, es lo que según la clasificación de la OMS es:

1. Deficiencia sensorial.
2. Deficiencia psíquica.
3. Discapacidad.
4. Minusvalía.

La **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud** (CIF), de la OMS, de 2001 (edición española del IMSERSO), sustituye aquel esquema ^{F9}. En ella, **funcionamiento** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación (los aspectos positivos de la interacción entre la persona con una condición de salud y sus factores contextuales), y **discapacidad** es un **término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación** (los aspectos negativos de esa interacción) ^{F9}. **Deficiencia** es la anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica; **limitaciones en la actividad**, las dificultades para realizar actividades; **restricciones en la participación**, los problemas para implicarse en situaciones vitales ^{F9}. Los **factores ambientales** son el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven ^{F9}.

«Discapacidad» no significa lo mismo en 1980 y en 2001

En la CIDD (1980), la discapacidad es solo el plano de la **actividad de la persona** ^{F8}. En la CIF (2001), «discapacidad» es el **término paraguas** (deficiencias + limitaciones en la actividad + restricciones en la participación), y la propia CIF aclara que «**limitación en la actividad**» sustituye al término «discapacidad» de la versión de 1980 ^{F9}. Una pregunta que hable de «restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad» está usando la definición de la CIDD ^{F8}.

La CIF expone la dialéctica entre dos **modelos** conceptuales ^{F9}. El **modelo médico** considera la discapacidad un **problema de la persona**, causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos en forma de tratamiento individual por profesionales, encaminado a la cura o a una mejor adaptación de la persona ^{F9}. El **modelo social** la considera fundamentalmente un **problema de origen social**: la discapacidad **no es un atributo de la persona**, sino un complicado conjunto de condiciones, **muchas creadas por el contexto/entorno social**; por eso es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena, y en política se convierte en una cuestión de **derechos humanos** ^{F9}. La CIF se basa en la **integración de ambos** mediante un enfoque «**biopsicosocial**», que sintetiza las perspectivas biológica, individual y social ^{F9}.

La ley española de derechos de las personas con discapacidad adopta esta mirada social: la **discapacidad** «es una situación que resulta de la **interacción** entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de **barreras** que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás» ^{F23}. Es decir, desde el **modelo social**, la desventaja no está en la persona sino en un **entorno que no responde** a las necesidades derivadas de sus características: el que tiene que cambiar es el entorno ^{F9,F23}.

	Modelo médico ^{F9}	Modelo social ^{F9}
Qué es la discapacidad	Problema de la persona causado por la enfermedad, el trauma o la condición de salud	Conjunto de condiciones, muchas creadas por el entorno social; no es un atributo de la persona
Respuesta	Tratamiento individual por profesionales: curar o adaptar a la persona	Actuación social: modificar el entorno para la participación plena
En política	Reformar la política de atención a la salud	Cuestión de derechos humanos

Modelo social de la discapacidad

Cuando al valorar la discapacidad en las personas mayores, se contempla ésta como las desventajas que experimenta la persona cuando el entorno es incapaz de dar respuestas a las necesidades derivadas de sus características personales, se hace desde la perspectiva del modelo:

1. Tradicional.
2. Social.
3. Psicológico.
4. De integración.
5. De interrelación.

La **dependencia** es un concepto distinto de la discapacidad. El Libro Blanco del IMSERSO recoge la definición del **Consejo de Europa** (Recomendación de 1998): «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal» ^{F10}. De ella se deducen **tres factores** que concurren en toda situación de dependencia: una **limitación** física, psíquica o intelectual que merma capacidades; la **incapacidad** de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; y la **necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero** ^{F10}.

2. La Ley 39/2006 y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** regula las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del **derecho subjetivo de ciudadanía** a la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, mediante la creación del **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, con la colaboración de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos en todo el territorio ^{F1}. El Sistema se configura como una **red de utilización pública** que integra, de forma coordinada, **centros y servicios públicos y privados** ^{F1}.

Definiciones del artículo 2 de la Ley 39/2006 ^{F1}	Texto de la ley
Autonomía	Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria
Dependencia	«el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad , y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial , precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal»
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Las tareas más elementales que permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia: cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas
Necesidades de apoyo para la autonomía personal	Las que requieren las personas con discapacidad intelectual o mental para un grado satisfactorio de autonomía personal en la comunidad
Cuidados no profesionales	Atención prestada en su domicilio por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada
Cuidados profesionales	Los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo, en el hogar o en un centro
Asistencia personal	Servicio de un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana para fomentar la vida independiente

Definiciones del artículo 2 de la Ley 39/2006 ^{F1}	Texto de la ley
Tercer sector	«organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social , bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad , con finés de interés general y ausencia de ánimo de lucro , que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales»

EIR 2019 · 63

P5 · respuesta en el solucionario

Ley 39/2006: definición de tercer sector

Según la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la definición “organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.” Se refiere a:

1. Organizaciones No Gubernamentales.
2. Tercer sector.
3. Plataformas sociales.
4. Asociaciones vecinales.

Entre los **principios** de la ley están el **carácter público** de las prestaciones; la **universalidad** en el acceso; la atención **integral e integrada**; la **personalización** de la atención; la **permanencia** de la persona, siempre que sea posible, **en el entorno en el que desarrolla su vida**; la colaboración de los servicios sociales y sanitarios; la participación de la iniciativa privada y del **tercer sector**; la **perspectiva de género**; y la atención **preferente** a las personas en situación de **gran dependencia** ^{F1}. Los objetivos de las prestaciones son facilitar una **existencia autónoma en su medio habitual**, todo el tiempo que desee y sea posible, y un trato digno en todos los ámbitos de su vida ^{F1}.

Niveles de protección del SAAD (art. 7) ^{F1}	Quién lo establece y lo financia
1.º Mínimo	La Administración General del Estado, que lo financia íntegramente (arts. 9 y 32)
2.º Acordado	Convenios entre el Estado y cada comunidad autónoma (art. 10); la aportación de la comunidad es, cada año, al menos igual a la del Estado
3.º Adicional	Cada comunidad autónoma, con cargo a sus presupuestos

El **Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD** es el instrumento de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas: acuerda, entre otras cosas, el **baremo** de valoración, las condiciones y cuantías de las prestaciones económicas y los criterios de participación del beneficiario en el coste ^{F1}. Corresponde a las **comunidades autónomas** planificar y gestionar los servicios, establecer los procedimientos de **coordinación**

sociosanitaria, acreditar los centros y asegurar la elaboración de los **programas individuales de atención** ^{F1}. Los beneficiarios participan en la financiación según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica, pero **ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos** ^{F1}.

Son titulares de los derechos los españoles en situación de dependencia en alguno de los grados que **residan en territorio español y lo hayan hecho durante cinco años, dos de ellos inmediatamente anteriores a la solicitud** ^{F1}. La ley también ordenó que las referencias normativas a «minusválidos» y «personas con minusvalía» se entiendan hechas a **«personas con discapacidad»** ^{F1}.

3. Grados de dependencia, valoración y programa individual de atención

Grado (art. 26 Ley 39/2006) ^{F1}	Definición	Puntuación BVD ^{F3}
Grado I. Dependencia moderada	Necesita ayuda para varias ABVD al menos una vez al día , o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal	25 a 49
Grado II. Dependencia severa	Necesita ayuda para varias ABVD dos o tres veces al día , pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador (así lo redacta el BVD ^{F3} ; el texto de la ley en el BOE dice «no quiere»), o tiene necesidades de apoyo extenso	50 a 74
Grado III. Gran dependencia	Necesita ayuda para varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona , o tiene necesidades de apoyo generalizado	75 a 100



Lo que más cae de la definición y los grados

La dependencia es un **estado de carácter permanente** y su causa puede ser **la edad, la enfermedad o la discapacidad**, con pérdida de autonomía **física, mental, intelectual o sensorial**; no está ligada solo a la discapacidad física ^{F1}. Son tres grados, **moderada, severa y gran dependencia** (no «leve») ^{F1}. El **apoyo indispensable y continuo de otra persona** define solo el **grado III**; en el grado II el BVD precisa que **no requiere el apoyo permanente de un cuidador** ^{F1,F3}.

EIR 2014 · 156

P6 · respuesta en el solucionario

Ley de Dependencia: la dependencia como estado de carácter permanente

Según se recoge en el proyecto de Ley sobre Dependencia de 2006, en España, es cierto que:

1. La dependencia se entiende como un estado de carácter permanente.
2. La dependencia siempre está ligada a la discapacidad física.
3. La dependencia se clasifica en tres grados: leve, mediana y severa.
4. En todos los grados de dependencia contemplados en la ley se requiere la presencia permanente de un cuidador.
5. Se define “la necesidad de ayuda” como el apoyo indispensable y continuo de otra persona a lo largo del día.

En el texto original de 2006, **cada grado se dividía en dos niveles**, en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que requería ^{F2}. El artículo 26 vigente, modificado por el Real Decreto-ley 20/2012, ya **no recoge niveles**: solo los tres grados, cuyos intervalos fija el baremo ^{F1}. El texto del RD 174/2011, que no se

ha modificado, sigue describiendo dos niveles por grado (por ejemplo, de 25 a 39 puntos, grado I nivel 1) ^{F3}. El **Real Decreto-ley 11/2025**, en cumplimiento de la Ley 3/2024, añadió el **grado III+ de dependencia extrema**, para personas con grado III diagnosticadas de **esclerosis lateral amiotrófica** en fase avanzada u otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible, con un nivel mínimo de protección específico; su prestación es la vinculada a la ayuda a domicilio o la de asistencia personal ^{F1}.

Los grados se determinan **solo** mediante el **baremo** que acuerda el Consejo Territorial y aprueba el Gobierno por real decreto, que tiene entre sus referentes la **CIF** de la OMS; **no es posible determinar el grado por otros procedimientos** ^{F1}. El vigente es el **Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)** del **Real Decreto 174/2011**, aplicable en cualquier situación de discapacidad y a cualquier edad **a partir de los 3 años**; para los **menores de 3 años** se aprueba la **Escala de Valoración Específica (EVE)** ^{F3}. La valoración se fundamenta en los **informes sobre la salud** de la persona y sobre su **entorno habitual**, y en la observación, la comprobación directa y la **entrevista personal** por un profesional cualificado y formado para ello; si hay deficiencias en las funciones mentales o de comunicación, la entrevista se completa con otra persona que conozca bien la situación ^{F3}. Se valora el **desempeño** de las tareas en el entorno habitual, con los productos de apoyo prescritos, y en las enfermedades que cursan por brotes, la situación basal ^{F3}.

- Actividades que valora el BVD: comer y beber; higiene personal relacionada con la micción y defecación; lavarse; realizar otros cuidados corporales; vestirse; mantenimiento de la salud; cambiar y mantener la posición del cuerpo; desplazarse dentro del hogar; desplazarse fuera del hogar; realizar tareas domésticas; tomar decisiones ^{F3}.
- Tipos de apoyo: **supervisión** (estimulación verbal o gestual mientras la persona ejecuta la tarea por sí misma), **física parcial**, **sustitución máxima** (no puede ejecutar la tarea completa de ningún modo) y **apoyo especial** (cuando condiciones excepcionales de salud dificultan prestar el apoyo) ^{F3}.
- La **EVE** establece tres grados (moderada, severa y gran dependencia) con puntuación final de 1 a 3; a los **36 meses** todas las personas deben ser valoradas de nuevo con el BVD ^{F3}.

El **procedimiento** se inicia **a instancia de la persona** afectada o de quien la represente ^{F1}. Las **comunidades autónomas** determinan los órganos de valoración, que emiten un dictamen sobre el grado con los cuidados que la persona pueda requerir, y el Consejo Territorial acuerda criterios comunes para ellos, «que, en todo caso, tendrán carácter público» ^{F1}. La valoración, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas se efectúan **directamente por las Administraciones Públicas**, sin delegación, contratación ni concierto con entidades privadas ^{F1}. La **resolución** la dicta la administración autonómica de residencia y **tiene validez en todo el territorio del Estado** ^{F1}. El plazo máximo entre la solicitud y la resolución de reconocimiento de la prestación es de **seis meses** ^{F1}.

Los servicios sociales del sistema público establecen el **Programa Individual de Atención (PIA)**, en el que se determinan las modalidades de intervención más adecuadas entre los servicios y prestaciones previstos para su grado, **con la participación, previa consulta y, en su caso, elección** de la persona beneficiaria y, en su caso, de su familia ^{F1}. El PIA se revisa a instancia del interesado, de oficio o por cambio de comunidad autónoma, y el **grado es revisable** por mejoría o empeoramiento o por error de diagnóstico o de aplicación del baremo ^{F1}.

4. Catálogo de servicios, prestaciones económicas y teleasistencia

Las prestaciones de atención a la dependencia pueden ser **servicios** o **prestaciones económicas** ^{F1}. Los servicios del catálogo tienen **carácter prioritario** y se prestan a través de la red pública de servicios sociales de las comunidades autónomas, en centros públicos o privados concertados acreditados; si no es posible, se reconoce la **prestación económica vinculada** ^{F1}. La prioridad en el acceso la determina el **grado** y, a igual grado, la **capacidad económica** ^{F1}.

Catálogo de servicios (arts. 15 y 21-25) ^{F1}	Qué es
Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal	Prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades con actuaciones coordinadas de servicios sociales y de salud; en el grado I la prevención es prioritaria ^{F4}
Teleasistencia	Asistencia mediante tecnologías de la información y la comunicación, con apoyo de medios personales, en respuesta inmediata ante emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento
Ayuda a domicilio	Atención personal en las actividades de la vida diaria y atención de las necesidades domésticas (limpieza, lavado, cocina); estas solo junto con las personales, salvo excepción justificada en el PIA
Centro de día y de noche	Atención integral diurna o nocturna para mantener el mejor nivel de autonomía y apoyar a las familias o cuidadores ; tipos: para mayores, para menores de 65 años, de atención especializada y centro de noche
Atención residencial	Servicios continuados de carácter personal y sanitario, desde un enfoque biopsicosocial; permanente o temporal (convalecencia, vacaciones, fines de semana, enfermedad o descanso de los cuidadores no profesionales)

Prestaciones económicas ^{F1}	Para qué
Vinculada al servicio (art. 17)	Solo cuando no es posible acceder a un servicio público o concertado; siempre vinculada a la adquisición de un servicio
Cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18)	Excepcional : cuando la persona es atendida por su entorno familiar, con condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y si así lo establece el PIA
Asistencia personal (art. 19)	Contratar una asistencia personal durante un número de horas que facilite el acceso a la educación y al trabajo y una vida más autónoma; en cualquier grado

Para la prestación de cuidados en el entorno familiar, la ley exige que el cuidador se ajuste a las normas sobre **afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social** que se determinen reglamentariamente, y que el Consejo Territorial promueva apoyos a los cuidadores no profesionales: **formación, información y medidas para los periodos de descanso** ^{F1}. Desde el **1 de abril de 2019**, las cuotas del **convenio especial** de los cuidadores no profesionales corren **a cargo de la Administración General del Estado** ^{F6}.

- **Quién puede ser cuidador no profesional** (RD 1051/2013, vigente): el cónyuge o pareja de hecho y los parientes por consanguinidad, afinidad o adopción **hasta el cuarto grado**, y personas del entorno relacional que, a propuesta de la persona dependiente, puedan prestar los apoyos ^{F4}.
- **Convivencia**: necesaria en los grados III y II; en el grado I puede exceptuarse si se asegura la atención inmediata ^{F4}.
- **Requisitos**: que la persona **esté siendo atendida** mediante cuidados en el entorno cuando se elabora o revisa el PIA; que la cuidadora tenga **idoneidad para prestar adecuadamente los apoyos y cuidados**, asuma formalmente los compromisos, haga las acciones formativas que se le propongan y facilite el acceso de los servicios sociales a la vivienda ^{F4}.
- La administración **controla el seguimiento** de los cuidados para comprobar su **viabilidad, idoneidad y calidad** ^{F4}.
- El acuerdo del Consejo Territorial de 2010 ya exigía que la cuidadora tuviera **capacidad física y psíquica suficiente** para desarrollar adecuadamente el cuidado, **tiempo de dedicación suficiente**, que los cuidados se prestaran **en el marco de la relación familiar y nunca de una relación contractual**, y que la persona estuviera **recibiendo previamente a la solicitud** atención en esta modalidad; entonces la cuidadora debía ser **familiar hasta el tercer grado** (hoy, hasta el cuarto) y el seguimiento debía **garantizar la calidad de los cuidados** ^{F5,F4}.



La prestación por cuidados familiares, en una línea

Es **excepcional**; la cuidadora es **no profesional** (familia o entorno, sin vínculo con un servicio profesional), debe ajustarse a las normas de **afiliación, alta y cotización** a la Seguridad Social y tiene que ser **idónea**: los cuidados que presta han de ser **adecuados** a las necesidades de la persona, y la administración vigila su **calidad** ^{F1,F4,F5}.

Ley 39/2006: requisitos de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar

Dentro de las presentaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, según se recoge en la Ley 39/2006, tienen derecho a prestación económica las personas en situación de dependencia que reúnen una serie de requisitos entre los que se encuentra que:

1. Los cuidados derivados de la situación de dependencia se empiecen a prestar en el domicilio en el momento de presentar la solicitud.
2. La cuidadora no reúna las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
3. La persona cuidadora no profesional no tenga relación familiar de consanguinidad con la persona que solicita la prestación.
4. La atención y cuidados que reciba por parte de la persona cuidadora no profesional, se adecuen en calidad e intensidad a las necesidades de la persona en función de su grado y nivel de dependencia.
5. La persona cuidadora tenga vinculación profesional con un servicio de atención a la salud.

Intensidad (RD 1051/2013) ^{F4}	Grado I	Grado II	Grado III
Ayuda a domicilio (horas al mes)	20-37	38-64	65-94
Promoción de la autonomía personal (mínimo, horas al mes)	12	12	8
Centro de día	Mínimo 15 horas semanales	Según el PIA	Según el PIA

Compatibilidades: las prestaciones económicas son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo, **salvo** con prevención, promoción de la autonomía y **teleasistencia**; los servicios son incompatibles entre sí, **salvo la teleasistencia**, compatible con prevención, promoción, **ayuda a domicilio y centro de día y de noche** ^{F1,F4}. Las administraciones pueden establecer compatibilidades entre ayuda a domicilio, centro de día y de noche, cuidados en el entorno familiar y asistencia personal ^{F4}.

La **teleasistencia**, según la ley, puede ser un servicio **independiente o complementario al de ayuda a domicilio** y se presta a quienes **no reciban atención residencial** ^{F1}. Su reglamento añade que se presta **observando las medidas de accesibilidad adecuadas para cada caso**, con el fin de favorecer la **permanencia en el medio habitual**, y desde 2023 como **servicio complementario** al resto de prestaciones del PIA **en cualquier grado, salvo la atención residencial** ^{F4,F20}. La **teleasistencia básica** funciona con un terminal en la vivienda conectado a una central receptora, que se activa con un **pulsador** ^{F21}; la **avanzada** añade apoyos tecnológicos dentro o fuera del domicilio (detectores de caídas o de patrón de actividad, geolocalización) y la **interconexión con los servicios sanitarios y sociales** ^{F21}.

El **Comité de Bioética de España** define la teleasistencia como servicios de atención o seguimiento social a distancia, habitualmente para personas **mayores, con discapacidad o con elevado nivel de dependencia** ^{F15}. Sobre la **telemedicina** (atención sanitaria a distancia) advierte de sus límites: en las personas mayores puede evidenciar **un peor acceso a la tecnología y cierta dificultad, incomodidad o desagrado en su manejo**; los grupos con peores resultados en salud son los que menos usan las TIC, sin olvidar a las personas con

discapacidad neurosensorial, intelectual o con limitaciones de comprensión por el idioma; y recoge un estudio en el que pacientes, cuidadores y clínicos se preocupaban por las **limitaciones de los exámenes físicos virtuales** y el aumento de las disparidades en el acceso ^{F15}. La **no presencialidad** puede afectar a la relación clínica y a la confianza, y **no existe un marco normativo nacional o europeo específico** para la telemedicina ^{F15}.

La **OMS** coincide: las **personas con discapacidad** encuentran **muchas barreras** para acceder a los servicios de telemedicina; quien tiene una **deficiencia visual** puede no leer el texto ni usar plataformas no compatibles con sus ayudas técnicas, quien tiene una **deficiencia auditiva** puede no comunicarse sin subtítulos ni control de volumen, y quien tiene **dificultades del habla** puede no expresar sus necesidades sin sintetizadores de voz ^{F22}. Por eso, entre los indicadores de **equidad y accesibilidad** de un programa de telemedicina, la OMS propone contar cuántas personas **con discapacidad o con limitaciones físicas o económicas** han accedido a la atención ^{F22}. Las **limitaciones físicas y sensoriales** de las personas atendidas son, pues, una dificultad para usar la asistencia telemática ^{F22}.

EIR 2021 · 52

P12 · respuesta en el solucionario

Teleasistencia: limitaciones físicas como dificultad de uso

Es cierto en relación con la teleasistencia o asistencia telemática:

1. Hoy en día, el acceso a las nuevas tecnologías por los pacientes no suele suponer una limitación.
2. Las limitaciones físicas de los pacientes son una dificultad para su uso.
3. La alta seguridad jurídica permite que la aceptación de su uso por los profesionales sea muy generalizada.
4. La tecnología ha conseguido solventar la práctica totalidad de las limitaciones de la no presencialidad.

5. La persona cuidadora: perfil, consecuencias y escala de Zarit

Según la encuesta de apoyo informal del **IMSERSO** (2004, publicada en 2005), el perfil de quien cuida a una persona mayor es el de una **mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal son las tareas del hogar**: el **83,6 %** son mujeres y la edad media es de **52,9 años** ^{F11}. El **50 %** de quienes cuidan son **hijas** y el **12 %** esposas o compañeras ^{F11}. El Libro Blanco lo resume en la fórmula «**género femenino, número singular**»: en 1994, el **83 %** eran mujeres y el **61,5 %** de ellas no recibía ayuda de nadie ^{F10}.

El **85 %** de las personas cuidadoras siente que la ayuda prestada incide negativamente en su vida cotidiana, y el **80 %** tiene al menos una consecuencia en el **ocio, el tiempo libre y las relaciones familiares** ^{F11}. Según el IMSERSO, «el hecho que afecta al mayor número de cuidadores/as es la “**reducción del tiempo de ocio**” (62%), seguida de “no poder ir de vacaciones” (38%)» ^{F11}. En la encuesta de 1994 ocurría lo mismo: el **64,1 %** declaraba haber tenido que reducir su tiempo de ocio y el **48,4 %** no podía ir de vacaciones ^{F10}.

Consecuencias del cuidado en la vida de la cuidadora (IMSERSO, 2004; gráfico 24) ^{F11}	%
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	61,8
No puede ir de vacaciones	38,0
Se encuentra cansado/a	32,7
No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	31,8
Se ha deteriorado su salud	27,5
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a	27,2
No puede plantearse trabajar fuera de casa	26,4
Se siente deprimido/a	18,1
No dispone de tiempo para cuidar de otras personas como le gustaría (p. ej., los hijos)	17,4
Tiene problemas económicos	15,1
Ha tenido que dejar de trabajar	11,7
Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	11,2
Tiene conflictos con su pareja	7,0

Lo más frecuente no es lo más grave

El problema que afecta a **más** cuidadoras es la **reducción del tiempo de ocio**, por delante de no poder trabajar fuera de casa, no poder cuidar de sí misma, los problemas económicos o los conflictos de pareja ^{F11}. Los problemas laborales y de salud pesan más en las mujeres, y los económicos en los hombres ^{F11}.

Cuidadoras informales (INSERSO): problema de mayor impacto, reducción del ocio

Según estudios del INSERSO, el problema que más incidencia tiene sobre la propia vida de las cuidadoras informales de personas dependientes es:

1. El no poder trabajar fuera de casa.
2. El no poder cuidar de sí misma.
3. La presencia de conflictos de pareja.
4. La aparición de problemas económicos.
5. La reducción del tiempo de ocio.

La **carga** del cuidado tiene dos componentes ^{F12}. La **carga objetiva** es el conjunto de demandas y actividades que atiende la cuidadora: tiempo de dedicación, tareas, limitaciones en su vida familiar y social, **restricciones en su tiempo libre** e impacto laboral y económico; compartir el cuidado la reduce ^{F12}. La **carga subjetiva** es el conjunto de **percepciones y sentimientos negativos ante la experiencia de cuidar** (tensión emocional, ansiedad, depresión); es un **indicador subjetivo que depende de la percepción** que la persona cuidadora tiene de su situación en cada momento ^{F12}. La carencia de libertad para ocupar el tiempo personal, de ocio o para relaciones sociales se relaciona con **mayor carga** ^{F12}.

Para medir la **carga subjetiva** hay escalas como la **Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit)** y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Robinson); permiten discriminar a las cuidadoras con mayor riesgo o más necesidades y sirven como predictor de una posible **institucionalización por claudicación familiar** ^{F12}. La guía valenciana describe la Zarit así: «**Mide el grado de carga subjetiva de las personas cuidadoras**»; es un cuestionario **autoadministrable de 22 ítems** (carga social, estrés psicológico, sentimientos de culpa, presión emocional y relación de dependencia), puntuados de **1 (nunca) a 5 (casi siempre)** ^{F12}. La **Zarit reducida**, de 7 ítems, validada en cuidadoras de pacientes paliativos, sirve para diagnosticar la **claudicación familiar** (≥ 17) ^{F12}.

Escala de Zarit	Guía valenciana 2014 ^{F12}	Hoja del HUVN (SAS) ^{F13}
Ítems y puntuación	22, de 1 a 5	22, Likert de 1 a 5; autoadministrado
No sobrecarga	≤ 46	< 46
Sobrecarga leve	47 a 55	46-47 a 55-56
Sobrecarga intensa	≥ 56	> 55-56

Según una carta de la revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica que cita la NANDA 2007-2008 (fuente secundaria), el diagnóstico de cansancio del rol de cuidador se definía en esa edición (etiqueta entonces: «Cansancio en el desempeño del rol de cuidador») como: «La persona **percibe o demuestra dificultad** para desempeñar el papel de cuidador de la familia» ^{F14}. El **riesgo de claudicación** se valora con varios datos: la puntuación de la **Zarit reducida**, la falta de apoyos familiares, los problemas de salud de la cuidadora y que el cuidado no sea por voluntad propia ^{F12}.



Lo que más cae de la Zarit

Mide la **sobrecarga subjetiva** de la persona cuidadora: recoge su **percepción** ^{F12}. Es un indicador subjetivo que depende de la percepción de la cuidadora ^{F12}, y la definición NANDA del cansancio del rol se basa en que la persona **percibe o demuestra** dificultad ^{F14}; de ahí se deduce (ninguna fuente lo dice literalmente) que una puntuación **orienta** hacia ese diagnóstico, pero no es la medida objetiva ni un criterio necesario ^{F12,F14}. La otra escala de carga subjetiva que cita la guía es el **Índice de Esfuerzo del Cuidador (Robinson)** ^{F12}.

EIR2017-185: una Zarit de 46 puntos

Los puntos de corte no coinciden entre fuentes oficiales: con la guía valenciana, **46 es «no sobrecarga»** (≤ 46) ^{F12}; con la hoja del HUVN, 46 puntos está en la frontera y cae en **sobrecarga leve** (46-47 a 55-56) ^{F13}. La clave de EIR2017-185 no depende del corte: la Zarit es una **medida subjetiva** de la carga (un indicador que depende de la percepción de la cuidadora) que **orienta** hacia el diagnóstico de cansancio del rol, no la medida objetiva ni un criterio necesario ^{F12,F14}. «Orienta» no es literal de ninguna fuente: se deduce de que es un indicador subjetivo basado en la percepción de la cuidadora ^{F12}.

EIR 2013 · 148

P15 · respuesta en el solucionario

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

HMP, cuidadora principal de su madre con Enfermedad de Alzheimer, acude a la consulta de enfermería con síntomas que hacen sospechar que presenta sobrecarga como cuidadora. ¿Cuál de los siguientes instrumentos sería el indicado para valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de Zarit.
2. Escala de Filadelfia.
3. Escala de salud familiar (APGAR).
4. Escala Gijón.
5. Escala de recursos sociales (OARS).

EIR 2017 · 116

P14 · respuesta en el solucionario

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

Concepción, cuidadora principal de su padre con demencia vascular, acude a la consulta de enfermería, donde nos refiere que cada vez se siente menos capaz de cuidar de su padre, y que su vida social se ha visto altamente mermada desde que cuida a éste. ¿Cuál de los siguientes instrumentos emplearíamos a fin de valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de salud familiar (APGAR).
2. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI).
3. Escala de evaluación del funcionamiento familiar.
4. Escala de Zarit.

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

Alba, mujer de 66 años de edad cuidadora principal de su marido desde hace 10 años. Su marido, Sebastián, hombre de 67 años con limitación de la movilidad y sensorial a consecuencia de un accidente de tráfico. En la historia clínica de Alba se informa que la semana pasada presentaba una puntuación de 46 en la escala de Zarit. Ante esta información se ha de tener en cuenta que:

1. Es la medida objetiva para diagnosticar el Cansancio de rol de cuidador.
2. Es una medida subjetiva que orienta hacia el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.
3. Es el campo necesario para diagnosticar el Cansancio del rol de cuidador.
4. Es una característica definitoria, pero no determinante para el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.

Escala de Zarit: mide la sobrecarga subjetiva del cuidador

El test de Zarit mide:

1. El grado de carga subjetiva de las personas cuidadoras.
2. El esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.
3. El apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.
4. El estrés del cuidador.

6. Atención sociosanitaria y Plan Gerontológico

La **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, define la **atención sociosanitaria** como el conjunto de cuidados destinados a personas con enfermedades que por su evolución **generan dependencia o discapacidad**, generalmente pacientes crónicos, que pueden beneficiarse de la **actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales** para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social ^{F7}. La propia Ley 39/2006 regula su catálogo de servicios sin perjuicio de este artículo ^{F1}.

- En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprende en todo caso: los **cuidados sanitarios de larga duración**; la **atención sanitaria a la convalecencia**; la **rehabilitación** en pacientes con déficit funcional, para mantener su máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual; y los **cuidados intermedios** a personas con gran dependencia (enfermedades crónicas complejas, enfermedades raras, procesos de alta complejidad y curso irreversible como la ELA) ^{F7}.
- La **continuidad del servicio** la garantizan los servicios sanitarios y sociales mediante la coordinación entre Administraciones, que puede reforzarse con **órganos de coordinación sociosanitaria** en las comunidades autónomas ^{F7}.
- El Acuerdo de acreditación de 2022 exige que las residencias de **más de 30 plazas** tengan profesionales que coordinen con el sistema sanitario público, y que por encima de **75 plazas** esa función la asuma personal sanitario ^{F19}.

El antecedente de la política de atención a las personas mayores en España es el **Plan Gerontológico** del INSERSO, elaborado desde 1988 y puesto en marcha en 1992 para la década de los noventa ^{F10}. Según el Libro Blanco de la dependencia, «este Plan se estructuró en **cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación)**», sistematizadas en líneas de actuación, objetivos, medidas y entidades responsables ^{F10}. Por primera vez fijó **índices de cobertura** de servicios sociales y planificó servicios hasta entonces inexistentes: **centros de día, estancias temporales en residencias** y sistemas alternativos de alojamiento; en sus áreas de salud y servicios sociales estableció las **primeras bases de la coordinación sociosanitaria** ^{F10}. El propio Libro Blanco valora su grado de ejecución como **bastante escaso** ^{F10}.

Las cinco áreas del Plan Gerontológico

«**Para Salir Se Compra Pan**»: Pensiones, Salud y asistencia sanitaria, Servicios sociales, Cultura y ocio, Participación.

Plan Gerontológico Nacional: áreas de actuación

Las áreas de actuación en que se estructura el Plan Gerontológico Nacional son:

1. Promoción, prevención, atención y rehabilitación.
2. Programas de salud a crónicos y ancianos.
3. La generalización de la participación para la integración social de las personas mayores y para que éstas se incorporen a todas las actividades de la vida social.
4. La oferta de servicios sociales idóneos que den respuesta a las necesidades de los ancianos.
5. Pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación.

7. Hacia un nuevo modelo de cuidados: atención centrada en la persona y desinstitucionalización

El **componente 22** del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia («Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión», 2021) tiene como objetivo principal la modernización y refuerzo de los servicios sociales, con especial atención al **modelo de cuidados de larga duración**, «promoviendo la innovación y un **modelo de Atención Centrada en la Persona**» ^{F16}. Se propone transformar el modelo de apoyos y cuidados de larga duración «para facilitar la **transición hacia un modelo desinstitucionalizado**, la Atención Centrada en la Persona y el desarrollo de **servicios comunitarios y de la atención domiciliaria**» ^{F16}. Su reforma 1 impulsa una **Estrategia Nacional de Desinstitucionalización** y la implantación de ese modelo, y su inversión 1 financia nuevos equipamientos residenciales de tamaño y diseño adecuados, centros de día integrados en la comunidad y la **teleasistencia avanzada** ^{F16}.

EIR 2024 · 194

P3 · respuesta en el solucionario

Plan de Recuperación, componente 22: modelo de Atención Centrada en la Persona

Dentro del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 22: “Plan de choque para la economía de los Cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión”, ¿qué modelo se considera más adecuado para la provisión de cuidados de larga duración en las personas dependientes?:

1. Modelo de Atención Centrada en la Persona.
2. Modelo de Cuidado Integral de la Salud.
3. Modelo de Sistemas de Neuman.
4. Modelo Bismarck.

Desinstitucionalizar **no es cerrar todas las residencias** (para algunas personas es la única alternativa posible), sino un **cambio cultural** que promueve la permanencia en el hogar siempre que sea posible y una forma alternativa de atención cuando la persona se traslada a un centro ^{F16}. Lo que se quiere evitar son las «**instituciones**», entendidas como centros en los que los residentes están **aislados de la comunidad, no tienen suficiente control sobre sus vidas** y sobre las decisiones que les afectan, y **los requisitos de la propia organización tienden a tener prioridad sobre sus necesidades individualizadas** ^{F16}.

El **Estudio EDI Personas Mayores** (estudio sobre desinstitucionalización impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales, 2024) recoge esa definición de institución y la presenta como **basada en el concepto de instituciones totales de Erving Goffman**: un recurso o relación de apoyo en la que las personas están **aisladas de la comunidad** y/u obligadas a convivir juntas, no tienen suficiente control sobre sus vidas y en la que **los requisitos de la propia organización tienden a tener prioridad sobre las necesidades individualizadas de los residentes**; lo llama «**modelo cuartelario**» ^{F17}. La **cultura institucional** se caracteriza por el modelo médico-rehabilitador, el aislamiento, el acceso genérico y no individualizado a los servicios, la falta de decisión de la persona sobre su propia vida, relaciones jerárquicas entre cuidadora y persona cuidada, los **intereses de la organización por encima de las necesidades de las personas** y el uso de restricciones no proporcionales ni necesarias ^{F17}.

Instituciones totales (Goffman) en el Estudio EDI Personas Mayores

Según la definición recogida en el Estudio EDI Personas Mayores (2024), ¿qué elemento caracteriza a las instituciones basadas en el concepto de “instituciones totales” de Erving Goffman aplicado al sistema de cuidados?:

1. Favorecen la autonomía de los residentes mediante el control individualizado de sus decisiones.
2. Sitúan las necesidades individualizadas de las personas por encima de los requisitos de la organización.
3. Tienden a aislar a las personas de la comunidad y a priorizar los requisitos organizativos sobre las necesidades de los residentes.
4. Promueven la convivencia comunitaria flexible y abierta a la toma de decisiones compartida.

El mismo estudio adopta el **enfoque basado en derechos (EBD)**: un marco conceptual basado normativamente en los estándares internacionales de **derechos humanos** y dirigido a promoverlos y protegerlos ^{F17}. Aplicado a los cuidados, «su objetivo es **analizar las desigualdades** que se encuentran en el corazón de las políticas (sentido amplio) del cuidado y **corregir las prácticas discriminatorias** que impiden la vida de las personas con dignidad y derechos efectivos» ^{F17}. Implica que las personas mayores sean consideradas **sujetos activos de derechos, antes que como sujeto y objeto de necesidades**, y el **abandono del enfoque asistencial** ^{F17}.

Enfoque basado en derechos en cuidados de mayores: objetivo central

¿Cuál es el objetivo central del enfoque basado en derechos (EBD) cuando se aplica a los cuidados de las personas mayores, según el Estudio EDI Personas Mayores (2024) ?:

1. Analizar desigualdades en las políticas de cuidado y eliminar prácticas discriminatorias que impiden el disfrute de derechos fundamentales.
2. Organizar los recursos asistenciales priorizando criterios de eficiencia económica.
3. Asegurar la homogeneidad en la prestación de servicios de cuidado.
4. Favorecer un modelo asistencial que considere a las personas mayores principalmente como receptoras de necesidades.

La **Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)** es un compromiso central del componente 22 ^{F18}. Define la **desinstitucionalización** como un proceso de cambio social, político y cultural que prevé el **tránsito del cuidado en entornos de aislamiento y segregación** hacia modalidades de apoyo acordes con el enfoque de derechos humanos, **centradas en la persona**, que respeten sus elecciones, voluntad y preferencias y promuevan la inclusión en la comunidad; comprende también la **prevención de la institucionalización** ^{F18}. Se dirige sobre todo a personas con discapacidad, **personas mayores en situación de dependencia**, niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, jóvenes que han pasado por él y personas sin hogar ^{F18}.

El **Acuerdo del Consejo Territorial sobre criterios comunes de acreditación y calidad** de centros y servicios del SAAD (2022) define la **atención centrada en la persona** como aquella en la que la **voluntad y preferencias** de cada persona orientan la relación de apoyo y **se priorizan frente a las necesidades**

organizacionales; las personas pueden elegir y controlar cómo se planifican y prestan sus cuidados ^{F19}. Las **unidades de convivencia** son espacios reducidos dentro de la residencia que **reproducen la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar**, con personal de atención directa estable ^{F19}.

Acuerdo de acreditación 2022: residencias ^{F19}	Requisito
Unidades de convivencia	Grupo reducido que en ningún caso podrá superar las 15 personas ; en todos los centros, al menos el 80 % de las plazas públicas o concertadas organizadas así; en los centros nuevos, la totalidad de esas plazas
Tamaño de los centros nuevos	Máximo 75 plazas en zonas rurales o poco pobladas, 90 en zonas de densidad intermedia y 120 en ciudades; 50 si atienden a personas con discapacidad
Habitaciones individuales (centros nuevos)	Al menos el 65 % de las plazas públicas o concertadas
Plazo de adaptación	Hasta el 31 de diciembre de 2029

Todas las preguntas del tema (10)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 112

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es el objetivo central del enfoque basado en derechos (EBD) cuando se aplica a los cuidados de las personas mayores, según el Estudio EDI Personas Mayores (2024) ?:

1. Analizar desigualdades en las políticas de cuidado y eliminar prácticas discriminatorias que impiden el disfrute de derechos fundamentales.
2. Organizar los recursos asistenciales priorizando criterios de eficiencia económica.
3. Asegurar la homogeneidad en la prestación de servicios de cuidado.
4. Favorecer un modelo asistencial que considere a las personas mayores principalmente como receptoras de necesidades.

EIR 2026 · 111

P2 · respuesta en el solucionario

Según la definición recogida en el Estudio EDI Personas Mayores (2024), ¿qué elemento caracteriza a las instituciones basadas en el concepto de “instituciones totales” de Erving Goffman aplicado al sistema de cuidados?:

1. Favorecen la autonomía de los residentes mediante el control individualizado de sus decisiones.
2. Sitúan las necesidades individualizadas de las personas por encima de los requisitos de la organización.
3. Tienden a aislar a las personas de la comunidad y a priorizar los requisitos organizativos sobre las necesidades de los residentes.
4. Promueven la convivencia comunitaria flexible y abierta a la toma de decisiones compartida.

EIR 2024 · 194

P3 · respuesta en el solucionario

Dentro del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 22: “Plan de choque para la economía de los Cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión”, ¿qué modelo se considera más adecuado para la provisión de cuidados de larga duración en las personas dependientes?:

1. Modelo de Atención Centrada en la Persona.
2. Modelo de Cuidado Integral de la Salud.
3. Modelo de Sistemas de Neuman.
4. Modelo Bismarck.

Toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano, es lo que según la clasificación de la OMS es:

1. Deficiencia sensorial.
2. Deficiencia psíquica.
3. Discapacidad.
4. Minusvalía.

Según la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la definición “organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.” Se refiere a:

1. Organizaciones No Gubernamentales.
2. Tercer sector.
3. Plataformas sociales.
4. Asociaciones vecinales.

Según se recoge en el proyecto de Ley sobre Dependencia de 2006, en España, es cierto que:

1. La dependencia se entiende como un estado de carácter permanente.
2. La dependencia siempre está ligada a la discapacidad física.
3. La dependencia se clasifica en tres grados: leve, mediana y severa.
4. En todos los grados de dependencia contemplados en la ley se requiere la presencia permanente de un cuidador.
5. Se define “la necesidad de ayuda” como el apoyo indispensable y continuo de otra persona a lo largo del día.

Dentro de las presentaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, según se recoge en la Ley 39/2006, tienen derecho a prestación económica las personas en situación de dependencia que reúnen una serie de requisitos entre los que se encuentra que:

1. Los cuidados derivados de la situación de dependencia se empiecen a prestar en el domicilio en el momento de presentar la solicitud.
2. La cuidadora no reúna las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.
3. La persona cuidadora no profesional no tenga relación familiar de consanguinidad con la persona que solicita la prestación.
4. La atención y cuidados que reciba por parte de la persona cuidadora no profesional, se adecuen en calidad e intensidad a las necesidades de la persona en función de su grado y nivel de dependencia.
5. La persona cuidadora tenga vinculación profesional con un servicio de atención a la salud.

Cuando al valorar la discapacidad en las personas mayores, se contempla ésta como las desventajas que experimenta la persona cuando el entorno es incapaz de dar respuestas a las necesidades derivadas de sus características personales, se hace desde la perspectiva del modelo:

1. Tradicional.
2. Social.
3. Psicológico.
4. De integración.
5. De interrelación.

Según estudios del INSERSO, el problema que más incidencia tiene sobre la propia vida de las cuidadoras informales de personas dependientes es:

1. El no poder trabajar fuera de casa.
2. El no poder cuidar de sí misma.
3. La presencia de conflictos de pareja.
4. La aparición de problemas económicos.
5. La reducción del tiempo de ocio.

Las áreas de actuación en que se estructura el Plan Gerontológico Nacional son:

1. Promoción, prevención, atención y rehabilitación.
2. Programas de salud a crónicos y ancianos.
3. La generalización de la participación para la integración social de las personas mayores y para que éstas se incorporen a todas las actividades de la vida social.
4. La oferta de servicios sociales idóneos que den respuesta a las necesidades de los ancianos.
5. Pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación.

Preguntas que también podrían ser de este tema (5)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2023 · 47

P11 · respuesta en el solucionario

El test de Zarit mide:

1. El grado de carga subjetiva de las personas cuidadoras.
2. El esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.
3. El apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.
4. El estrés del cuidador.

EIR 2021 · 52

P12 · respuesta en el solucionario

Es cierto en relación con la teleasistencia o asistencia telemática:

1. Hoy en día, el acceso a las nuevas tecnologías por los pacientes no suele suponer una limitación.
2. Las limitaciones físicas de los pacientes son una dificultad para su uso.
3. La alta seguridad jurídica permite que la aceptación de su uso por los profesionales sea muy generalizada.
4. La tecnología ha conseguido solventar la práctica totalidad de las limitaciones de la no presencialidad.

EIR 2017 · 185

P13 · respuesta en el solucionario

Alba, mujer de 66 años de edad cuidadora principal de su marido desde hace 10 años. Su marido, Sebastián, hombre de 67 años con limitación de la movilidad y sensorial a consecuencia de un accidente de tráfico. En la historia clínica de Alba se informa que la semana pasada presentaba una puntuación de 46 en la escala de Zarit. Ante esta información se ha de tener en cuenta que:

1. Es la medida objetiva para diagnosticar el Cansancio de rol de cuidador.
2. Es una medida subjetiva que orienta hacia el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.
3. Es el campo necesario para diagnosticar el Cansancio del rol de cuidador.
4. Es una característica definitoria, pero no determinante para el diagnóstico del Cansancio del rol de cuidador.

Concepción, cuidadora principal de su padre con demencia vascular, acude a la consulta de enfermería, donde nos refiere que cada vez se siente menos capaz de cuidar de su padre, y que su vida social se ha visto altamente mermada desde que cuida a éste. ¿Cuál de los siguientes instrumentos emplearíamos a fin de valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de salud familiar (APGAR).
2. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI).
3. Escala de evaluación del funcionamiento familiar.
4. Escala de Zarit.

HMP, cuidadora principal de su madre con Enfermedad de Alzheimer, acude a la consulta de enfermería con síntomas que hacen sospechar que presenta sobrecarga como cuidadora. ¿Cuál de los siguientes instrumentos sería el indicado para valorar la sobrecarga del cuidador?:

1. Escala de Zarit.
2. Escala de Filadelfia.
3. Escala de salud familiar (APGAR).
4. Escala Gijón.
5. Escala de recursos sociales (OARS).

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 112	1	
P2	EIR 2026 · 111	3	
P3	EIR 2024 · 194	1	
P4	EIR 2023 · 145	3	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2019 · 63	2	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2014 · 156	1	reconstruida por un tercero
P7	EIR 2012 · 93	4	reconstruida por un tercero
P8	EIR 2012 · 92	2	reconstruida por un tercero
P9	EIR 2007 · 62	5	reconstruida por un tercero
P10	EIR 2006 · 88	5	reconstruida por un tercero
P11	EIR 2023 · 47	1	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2021 · 52	2	
P13	EIR 2017 · 185	2	
P14	EIR 2017 · 116	4	
P15	EIR 2013 · 148	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15/12/2006 (BOE-A-2006-21990). Texto consolidado, última actualización publicada el 22/10/2025. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990> · consultada 2026-09-28
- **F2** Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Texto original publicado en el BOE núm. 299, de 15/12/2006 (BOE-A-2006-21990). · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990> · consultada 2026-09-28
- **F3** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 (BOE-A-2011-3174). Texto consolidado, última actualización publicada el 18/02/2011 (anexo I, introducción y criterios de aplicación; anexo IV). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-3174> · consultada 2026-09-28
- **F4** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE-A-2013-13811). Texto consolidado, última actualización publicada el 22/10/2025. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-13811> · consultada 2026-09-28
- **F5** Secretaría General de Política Social y Consumo. Resolución de 4 de febrero de 2010, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. BOE de 12/03/2010 (BOE-A-2010-4163). · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-4163 · consultada 2026-09-28
- **F6** Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (BOE-A-2019-3244); preámbulo y disposición transitoria trigésima primera de la Ley General de la Seguridad Social que añade. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-3244> · consultada 2026-09-28
- **F7** Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2003-10715), artículo 14. Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> · consultada 2026-09-28
- **F8** Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM). Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. 2.ª ed. española. Madrid: INSERSO; 1994 (original OMS, 1980). Págs. 38-39 y 54-58. · <https://iris.who.int/handle/10665/131983> · consultada 2026-09-28
- **F9** Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: IMSERSO; 2001. Págs. 3, 11, 22 y 231-232. · <https://iris.who.int/handle/10665/42419> · consultada 2026-09-28
- **F10** IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Págs. 11, 21, 185-186, 197-198, 348-349 y 511. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15/01/2023), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://imserso.es/documents/20123/133745/libroblanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386> · consultada 2026-09-28
- **F11** IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005 (Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España, 2004). Págs. 16-17, 25, 42-47 y 105. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21/12/2022), porque la web oficial bloquea la lectura automática. ·

<https://imserso.es/documents/20123/0/cuidadosppmmhogares.pdf/fb4091e6-c788-e420-fc37-b3d7421a7e71>

· consultada 2026-09-28

- **F12** Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. 2014 (D.L. V-2633-2014). Págs. 48-49, 62-63 y 109. · <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guiapersonascuidadorascastellano-pdf> · consultada 2026-09-28
- **F13** Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Servicio Andaluz de Salud), Enfermería. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (hoja de cuestionario, versión en línea vigente). · https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-3/cuestionario_zarit.pdf · consultada 2026-09-28
- **F14** López Sánchez T y cols. La metodología de cuidados en el abordaje al cansancio del cuidador del paciente incidente en programa de hemodiálisis (carta). Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2010;13(3). Fuente secundaria: cita la definición de NANDA, Diagnósticos enfermeros 2007-2008. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300008 · consultada 2026-09-28
- **F15** Comité de Bioética de España. Informe sobre aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica. Aprobado el 13 de junio de 2022. Págs. 6, 9, 10 y 12. · https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/CBE_Informe-sobre-aspectos-bioeticos-de-la-telemedicina-en-el-contexto-de-la-relacion-clinica.pdf · consultada 2026-09-28
- **F16** Gobierno de España. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 22: Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión. 2021. Págs. 1, 3, 9, 13 y 32. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (23/11/2024), porque el documento ya no está en la web oficial. · <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente22.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F17** Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (proyecto EDI; equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, Universidad Carlos III). Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. Personas mayores (Estudio EDI). 2024. Págs. 8 y 18-20. · <https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/3.-Estudio-EDI-Personas-Mayores.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F18** Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030). Junio de 2024. Págs. 4, 10 y 13. · <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/FSE%2B/docs/Estrategia-nuevo-modelo-cuidados.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F19** Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Resolución de 28 de julio de 2022, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD. BOE núm. 192, de 11/08/2022 (BOE-A-2022-13580), págs. 117590-117621. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13580 · consultada 2026-09-28
- **F20** Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013. BOE núm. 171, de 19/07/2023 (BOE-A-2023-16651), págs. 104030-104031. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16651 · consultada 2026-09-28
- **F21** Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Resolución de 15 de enero de 2018, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD sobre determinación del

contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada. BOE núm. 41, de 15/02/2018 (BOE-A-2018-2143), págs. 18633-18635. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-2143 · consultada 2026-09-28

- **F22** Organización Mundial de la Salud. Consolidated telemedicine implementation guide. 2022. Págs. 30 y 37. · <https://iris.who.int/handle/10665/364221> · consultada 2026-09-28
- **F23** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (BOE-A-2013-12632), artículo 2.a). Texto consolidado, última actualización publicada el 09/05/2023. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Texto original del Plan Gerontológico (INSERSO, 1992-1993): no se ha encontrado en una web oficial; sus cinco áreas se toman del Libro Blanco del IMSERSO (2005). La propia fuente lo data en 1991, 1992 o 1993 según el capítulo.
- «Cuidados en la vejez. El apoyo informal» (INSERSO, 1995), origen probable de EIR2007-062: no localizado en web oficial; sus datos de 1994 se toman del Libro Blanco.
- EIR2012-093 menciona el «grado y nivel» de dependencia y unos requisitos redactados como «que la atención y cuidados se adecuen en calidad e intensidad...»: no se ha encontrado esa redacción literal en el BOE (ni en el RD 727/2007 ni en el RD 175/2011 ni en el acuerdo de 2010); la teoría se apoya en los requisitos de idoneidad vigentes y del acuerdo de 2010.
- Adenda de 2023 del componente 22 del Plan de Recuperación: el servidor oficial (planderecuperacion.gob.es) devuelve 403 y no se ha leído.
- Fecha formal de aprobación de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: el documento solo da la fecha de edición (junio de 2024).
- Definición actual de NANDA-I «Cansancio del rol de cuidador» (00061): obra con derechos, sin fuente abierta.