



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Especializaciones en Ciencias de la Administración

Tesina

**Aplicación de principios éticos al funcionamiento de
centros de día para satisfacer los requerimientos del
*grey market***

Que para obtener el grado de:

Especialista en Administración Gerontológica

Presenta: Luis Alfonso Rosas Contreras

Tutora: Dra. Martha Liliana Giraldo Rodríguez

México, CDMX., 01 de diciembre de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Nadie envejece solo por vivir
Un número de años
La gente envejece únicamente
Al abandonar sus ideales*

*Los años arrugan el rostro
Pero perder el entusiasmo arruga el alma*

*La preocupación, la duda, el egoísmo, el miedo
La desesperación – estos son largos,
Largos años que inclinan la cabeza
Y llevan el espíritu nuevamente al polvo.*

(Cicerón, 43 a. C.)

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Agradecimientos

U.N.A.M.

Es un orgullo como latinoamericano el contar con una institución como lo eres, pero es aún mejor el ser parte de ti y la responsabilidad que esto implica a la vez. Tuve el grandísimo honor de haber sido Consejero Universitario y en un Pleno, el privilegio de haber participado para la creación de la Especialidad en Administración Gerontológica (EAG) y el gusto que solo pocos nos podemos dar de estudiar lo que fue aprobado en su momento. ¡Que afortunado Soy!

¡UNAM X MÉXICO!
México-PUMAS-Universidad

AUTORIDADES:

Un profundo agradecimiento por tener la visión para la creación de la **Especialidad en Administración Gerontológica (EAG)**, por su carácter innovador al difundir una nueva cultura del envejecimiento activo y digno en un marco de integración y participación social y familiar que impulsen acciones que promuevan la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

Diversos factores explican el desarrollo de este tipo de preocupaciones como la incrementada importancia que ha tomado el envejecimiento, es importante que desde la **UNAM** se formen personas preparadas en estos tópicos que el país requiere y por ende, tuvo a bien el H. Consejo Universitario del cual forme parte; el aprobar el pasado 26 de junio de 2013 esta Especialidad. FUI TESTIGO DE SU CREACIÓN Y AHORA EGRESO DE ESTA EAG.

CATEDRÁTICOS(AS). (EAG):

Liliana Giraldo, Esther Lozano, Esteban López Escorcia, Delia Gascón, Laura Fentanes, Guadalupe Chávez, Jesús Vertiz, Jorge Montes, Alejandra Gaona y Olga Palma a todos (as) ustedes académicos (as) de la **Especialidad en Administración Gerontológica**, les doy las gracias por la amistad y generosidad al haber compartido sus conocimientos y experiencias que han contribuido a mi formación profesional y personal al permitirme ver realizado este proyecto dando testimonio del mismo. MUCHISIMAS GRACIAS.

TUTORA:

Mi más profundo agradecimiento y reconocimiento a mi tutora, **Doctora Martha Liliana Giraldo Rodríguez** por haberme acompañado desinteresadamente con sus conocimientos y valiosas aportaciones e ideas; así como parte de su tiempo al haber dirigido esta tesina que cultivaron en mí, conocimientos significativos de esta noble profesión que me apasiona, el estudio de la persona adulta mayor. GRACIAS POR CONTRIBUIR A MI FORMACIÓN.

COMPAÑEROS(AS). (EAG):

Gracias por brindarme su amistad durante este tiempo y por todos aquellos momentos compartidos, ya sea de forma directa o indirecta que han estado presentes. SALUDOS CORDIALES SIEMPRE.

DIOS:

Primeramente a Ti, por haberme dado una nueva oportunidad de vida luego de la pancreatitis que padeciera a finales del año 2015 y que me puso entre la vida y la muerte y poner un ángel que me atendiera clínicamente llamado Manuel Martínez Tapia y lograr así; no solo la culminación de este nuevo proyecto en mi vida, sino también de disfrutarlo al lado de las personas que me apoyaron para lograrlo. Gracias por esos maravillosos seres humanos que pusiste en mi camino en el momento preciso. GRACIAS.

A PAPÁ Y MAMÁ:

Como agradecerles infinitamente todo lo que me han dado, por permitirme ser lo que hoy soy, no cabe duda que somos muy afortunados Edgar y yo en tener unos padres excepcionales como ustedes y lo mejor, que son testigos de este presente. Gracias por darme la vida así como su cariño, ejemplo, entrega y apoyo; pero sobre todo por enseñarnos el maravilloso arte del amor, la familia, la disciplina y la responsabilidad. NOS SACAMOS MAS QUE LA LOTERIA CON USTEDES, LOS AMO INCONDICIONALMENTE.

MI ESPOSA LINDA:

Como dice aquella canción "Quien diría" que ya llevamos juntos de la mano un rato al seguir escribiendo ambos esta, nuestra historia; y aún sigues siendo la fuente de toda mi inspiración. Gracias por estar a mi lado apoyándome siempre en todo, por ser quien eres y formar parte de mí al hacerme sentir importante, amado, etc. en tu mágica y bella sonrisa lo dice todo. Sabes eres mi ilusión, mi otra mitad en la vida al creer en mis locuras académicas y ayudarme a hacerlas todas realidad como esta juntos. TU ERES MI SUEÑO, TE AMO MI AMOR MARAVILLOSO.

A MIS HIJAS BELLAS:

Mis princesitas lindas y hermosas, siempre tan traviesitas como lo fui yo de niño también no tendría nada que reclamarles al respecto. Aparecieron y cambiaron mi existencia bellamente, ya que todos los días me alegran con sus sonrisas, su ternura y sus mágicas vocecitas de niñas chiquitas, ustedes son la razón de mí ser, y espero que esto sea un ejemplo e inspiración para que sigan adelante ahora que están escribiendo su propia historia académica también. YO SIEMPRE LES AMARÉ, MIS PRINCESITAS HERMOSAS.

MI HERMANO:

Mi querido Gordo como siempre nos hemos dicho, no cabe duda que no solo la sangre nos une, sino con el tiempo hasta te has convertido en mi mejor amigo al que le puedo confiar todo en cada momento ciegamente y sé muy bien que ahí estarás como siempre lo haces. Una vez más mil gracias por todo tu apoyo en la culminación y realización de este proyecto que me trace alcanzar y que no hubiera sido posible sin ti. ABRAZO FUERTE, TE QUIERO.

FAMILIARES y AMISTADES:

Porque en la familia es el eje fundamental donde se plasman los valores de una sociedad, yo les agradezco a mis familiares tanto paternos como maternos por estar unidos desde pequeños con nuestros padres; ahora, la gran mayoría, con nuestras respectivas familias. A la familia de mi esposa: gracias por adoptarme, quererme y hacerme sentir siempre parte de ustedes, algo así como un hijo más o un hermano más.

A todas aquellas personas que de forma directa e indirecta han estado presentes y me han dejado algo y han sido parte en mi formación y elaboración de la presente tesina: Gracias por su tiempo y confianza, en especial a ti, mi estimado amigo. *"LAS VICTORIAS SE DISFRUTAN SIEMPRE, CON QUIENES TE AYUDARON A PELEAR LAS BATALLAS."*

Trabajar una tesina es todo un arte, más cuando te genera muchísimas inquietudes; lo digo así por todo lo que implica, por todos los retos: Tiempo, esfuerzo, familia, posibles horarios de descanso, etc. A veces piensa uno que se sacrifican ciertas cosas, pero es una labor interesante al plasmar en estas páginas lo aprendido, para comprender mejor la óptica de la Administración Gerontológica y poder tener una participación activa, con una actitud ética y humanista.

"PACIENCIA Y CURIOSIDAD"



***MTRO. LUIS ALFONSO ROSAS CONTRERAS
PREMIO ADMINISTRACIÓN GERONTOLÓGICA
ISAAC CHERTORIVSKI 2017.***

**APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS
DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET***

Resumen

En un escenario marcado por una transición demográfica sin precedentes, que ha convulsionado las dinámicas organizacionales de las instituciones dedicadas a la atención y/o cuidado del AM, México se ve obligado a afrontar los retos derivados de los desafíos impuestos por el envejecimiento, tanto en el ámbito de la definición de políticas públicas y en el replanteamiento de las prioridades y objetivos de la política social del Estado, enfocadas en la atención y cuidado de los AM en situación de dependencia, como en lo relativo a la generación de nuevos perfiles en la PAM asociados a altos grados de independencia y funcionalidad, agrupados en un sector emergente del mercado conocido como *grey market*. Retos que, con toda certeza, impactan en los patrones de desarrollo y estructura de las organizaciones de atención del AM, en el marco de una nueva cultura del envejecimiento sustentada por la aplicación de criterios éticos en las citadas instituciones de atención. En este contexto, la inclusión de la ética en el cuidado del AM en el funcionamiento de los centros de día es materia sumamente compleja, ya que ofertan un servicio con implicaciones morales superiores a las de la mayor parte de las organizaciones del sector productivo. Es decir, se trata de agentes morales con responsabilidades morales que proveen un servicio regido, en buena parte, por principios morales. Ello significa que el desarrollo de las organizaciones de atención al AM se desliza sobre una delicada línea de equilibrio entre las obligaciones ético-morales del cuidado y las obligaciones económico-morales de un negocio, mismas que nunca deben priorizarse sobre la calidad de atención al usuario, el compromiso de servicio del personal que la integra y la cooperación comunitaria. Nada de lo cual podrá realizarse sin una sólida estructura de valores profesionales y éticos.

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1	Revisión y reducción de datos	33
Tabla 2	Transformación de datos	34
Tabla 3	Análisis de contenido	34
Tabla 4	Expresión y verificación de conclusiones	35
Tabla 5	Centros de día: Compilación de definiciones	43
Tabla 6	Centros de día. Compilación de objetivos generales	46
Tabla 7	Centros de día. Compilación de objetivos específicos	46
Tabla 8	Centros de día. Modelos de atención	47
Tabla 9	Oferta de servicios	50
Tabla 10	Oferta de servicios	50
Tabla 11	Oferta de servicios	51
Tabla 12	Dilemas éticos desprendidos de los principios esenciales de la ética	59
Tabla 13	Código ético	75
Tabla 14	Derechos y deberes de los usuarios del centro de día	77

Figuras

Figura 1	Modelo de vejez tradicional vs. Nuevos modelos de vejez	26
Figura 2	Análisis de la información	33
Figura 3	Técnicas de análisis de información	36
Figura 4	Ámbitos de actuación de un centro de día	51
Figura 5	Reformulación de los principios éticos globales a la asistencia del AM	55

**APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS
DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET***

Índice de acrónimos

AM	Adulto Mayor
CEPAL	Confederación Económica para América Latina
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
IAAM-CDMX	Instituto de Atención al Adulto Mayor de la Ciudad de México
IMES	Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INSEN	Instituto Nacional de la Senectud
LDPAM	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
NIAD	National Institute of Adult Daycare
NOM's	Normas Oficiales Mexicanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAM	Población Adulta Mayor
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
SS	Secretaría de Salud

Resumen	5
Índice de tablas y figuras	6
Índice de acrónimos	7
Índice de contenidos	8
Introducción	10
1. ANTECEDENTES CONTEXTUALES	15
1.1 El adulto mayor en la sociedad contemporánea	16
1.1.1 De los estereotipos de vejez a las nuevas formas de envejecimiento	16
1.1.2 <i>El grey market</i>	18
1.1.3 Nuevos modelos de atención para las nuevas generaciones de AM	21
1.1.4 Nuevos modelos de atención bajo principios éticos	22
1.2 Definición del problema de investigación	25
1.3 Justificación	27
2. MARCO METODOLÓGICO	29
2.1 Preguntas de investigación	30
2.1.1 Pregunta principal	30
2.1.2 Preguntas secundarias	30
2.2 Hipótesis de investigación	30
2.3 Objetivos de investigación	30
2.3.1 Objetivo general	30
2.3.2 Objetivos específicos	31
2.4 Metodología	31
2.4.1 El análisis de información	32
2.4.2 Método de investigación	32
3. MARCO CONCEPTUAL	37
3.1 Marco legal de la atención al AM	38
3.2 Los centros de día en México: Características generales	40
3.2.1 Antecedentes	40
3.2.2 Concepto y definición	42
3.2.3 Misión y objetivos	45
3.2.4. Modelos de atención	47
	8

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

3.2.5 Perfil de la población atendida	48
3.2.6 Oferta de servicios	49
3.3 La ética en la atención del AM	52
3.3.1 Nuevos dilemas en la ética de la vejez	52
3.3.2 Principios de la ética sociosanitaria	55
3.3.2.1 Principio de beneficencia (de veracidad)	56
3.3.2.2 Principio de no maleficencia (de vulnerabilidad)	56
3.3.2.3 Principio de autonomía (de libertad)	56
3.3.2.4 Principio de justicia (de equidad)	58
3.3.2.5 Dilemas éticos derivados de los principios esenciales	58
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA UN NUEVO MODELO DE CENTRO DE DÍA	61
4.1 Consideraciones generales	62
4.2 La ética organizacional en los centros de día	64
4.3 La ética asistencial en los centros de atención diurna	67
4.3.1 Misión y objetivos de un centro de día bajo criterios éticos	67
4.3.2 Estrategias para el cumplimiento de la misión y los objetivos	69
4.3.3 Valores y principios	70
4.3.4 Código de ética	74
4.3.5 Derechos y deberes de los usuarios del centro de día	77
5. CONCLUSIONES	78
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

Introducción

La globalización de las relaciones humanas, la internacionalización de la economía, la consolidación de numerosos procesos de integración y regionalización nacionales y supranacionales, la dinámica de la evolución científico-tecnológica y su aplicación a la producción, etc., constituyen fenómenos culturales de enorme impacto sobre la sociedad mexicana, cuyo desarrollo se acompaña de procesos de transformación de notable relevancia (CEPAL, 2008), entre los que se encuentra una acelerada transición demográfica sin precedentes (Orozco, 2010, Ordorica, 2014) derivada de los cambios en las tasas de fecundidad y mortalidad. Evolución demográfica que afecta al tamaño de las poblaciones, a la estructura etaria de la sociedad y a la calidad de vida y progreso social de los diferentes segmentos poblacionales y, de modo particular, en aquellos considerados vulnerables en los rubros de equidad, efectividad y sostenibilidad de los sistemas de protección social: niños, mujeres y adultos mayores¹ (AM), entre otros (CEPAL, 2008), obligando al Estado a generar respuestas institucionales y sociales capaces de encarar los desafíos presentes y futuros (Orozco, 2010, Ordorica, 2014).

Fruto de dicha transición es el envejecimiento progresivo del país, cuya población adulta mayor (PAM) se prevé para el año 2050 la cifra en 20 millones de individuos con más de 70 años —28% del total de la población—, cuya esperanza de vida alcanzará, en la misma fecha, los 80 años (CONAPO, 2000, citado en Maristas.edu, s/f). Lo anterior acompañado de un descenso de la tasa de crecimiento demográfico del – 0.4% anual que, para mediados de siglo, podría reducir a la mitad la población nacional, es decir: “seremos menos y la población será más vieja” (Ordorica, 2014). Tendencia, por otra parte, compartida por la totalidad de la región latinoamericana en cuanto a longevidad y envejecimiento (Torres & Peláez, 2012) que, a medio plazo, derivará en “importantes consecuencias económicas y sociales” (CEPAL; 2005) en lo que refiere a la atención y cuidado de los AM. Ante este escenario, el *Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud* (IMES, OMS, 2015), señala la obligación de la sociedad de ofrecer una respuesta integral a los desafíos derivados del envejecimiento progresivo de la población a partir de una visión renovada de la imagen tradicional del AM.

¹ Para efectos del presente trabajo, se utilizará la expresión adulto mayor para referirse a la población mayor de sesenta años debido a que es la utilizada en documentos oficiales, entre ellos, la *Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores* (LDPAM). Sin embargo, para evitar redundancias y cacofonías de lenguaje, puede recurrirse cuando se estime conveniente al uso de expresiones sinónimas o *quasisinónimas*.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Uno de los retos para formular una respuesta integral al envejecimiento de la población es que muchas percepciones y supuestos comunes sobre las personas mayores se basan en estereotipos anticuados. Esto limita la forma en la que conceptualizamos los problemas, las preguntas que hacemos y nuestra capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras. La experiencia indica que se necesitan nuevas perspectivas. (OMS, 2015).

Un escenario que, de acuerdo a la literatura, obliga al país a afrontar los retos derivados de los desafíos impuestos por el envejecimiento (Orozco, 2010; CEPAL; 2005), tanto en el ámbito de la definición de políticas públicas y en el replanteamiento de las prioridades y objetivos de la política social del Estado, enfocadas en la atención y cuidado de los AM en situación de dependencia (Torres & Peláez, 2012), como en lo relativo a la generación de nuevos modelos de atención que amplíen la oferta de servicios dirigida a la PAM, con alto grado de independencia y funcionalidad ubicada en un sector emergente del mercado denominado *grey market* (Medina, 2014; Camacho, 2015), enfocado en la generación de nuevas estructuras y patrones en materia de atención del AM independiente, deseoso de integrarse plenamente en la vida familiar, social, comunitaria, económica y política del país (Orozco, 2010). Lo que coincide plenamente con el IMES (OMS, 2015) cuando alude a la diversidad de este segmento etario y a la formulación de políticas de atención que contemplen y actúen sobre dicha pluralidad.

Las políticas deben estar formuladas de manera tal de permitir que tantas personas como sea posible logren estas trayectorias positivas de envejecimiento. Y deben servir para derribar la gran cantidad de barreras que limitan la participación social y las contribuciones permanentes de los adultos mayores. Es preciso tener en cuenta que otras personas, en cambio, presentan una disminución considerable de sus capacidades a edades mucho menores (...). Una respuesta integral de salud pública al envejecimiento de la población también debe ocuparse de sus necesidades (OMS, 2015).

Lo que, ineludiblemente deberá repercutir sobre el desarrollo y operación de las organizaciones que directa o indirectamente se ocupen de la atención social, clínica y psicológica del AM que, en México, deriva de los compromisos adquiridos nacional e internacionalmente y de las obligaciones establecidas por la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* (LDPAM) encaminada a propiciar una transformación cultural de la sociedad, para valorar y reconocer la dignidad de la PAM, salvaguardar la protección

efectiva de sus derechos humanos, fortalecer su autonomía y garantizar el acceso a los derechos básicos para su nivel de bienestar (INAPAM, 2013). Entendiendo que dicha tarea permea desde las políticas públicas hacia el resto de los sectores sociales, es decir, requiere la inclusión de todos los sectores, todas las generaciones y toda la sociedad, incluyendo a las organizaciones empresariales, dado que “corresponde al sector privado, a la sociedad civil y al gobierno, en todos los niveles, crear los espacios para favorecer la vejez saludable y digna” (Orozco, 2010). En este contexto, la actuación conjunta de los actores sociales encabezados por el Estado y la empresa privada debería de poder garantizar la infraestructura y los recursos económicos y humanos necesarios y suficientes para garantizar la calidad de vida de los AM de acuerdo con los estándares de los organismos internacionales, porque:

Ya no es suficiente vivir más años, ahora es imperativo vivirlas en las mejores condiciones de salud, entendiendo ésta, no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino como el completo estado de bienestar físico, mental y social [... en el que muchos factores] de carácter socioeconómico y medioambiental son tomados en cuenta en el diseño de un plan de vida, indispensable para lograr una vejez autónoma y satisfactoria [...] que se refleje en mejores condiciones de salud y de bienestar general (INAPAM, 2010).

Lo anterior, es especialmente relevante en un contexto en el que este segmento etario se considera el más desprotegido de la sociedad mexicana, por encima de los indígenas y de las personas con discapacidad (CONAPRED, 2005)², al enfrentar de forma continuada problemas de insolvencia económica, limitaciones de acceso a los servicios de salud, ausencia y/o escasez de servicios sociales, carencias de vivienda, exclusión de cultura y educación, escasa participación en la vida social y política e, incluso, desapego en su ámbito familiar. Por ende, desde una perspectiva social es necesario trabajar en campañas de información desarrollar acciones encaminadas al cuidado y atención de este sector poblacional, incluyendo servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales en residencias y centros de día, entre otros (Gutiérrez & Kershenobich, 2012; Camacho, 2015; Medina, 2014). Frente a este escenario, al que la literatura dedica amplia atención bajo esquemas con frecuencia estereotipados (Moratalla, 2000; García, 2003) comienza a emerger una nueva concepción del AM que implica un mayor nivel de funcionalidad e independencia, que se traduce en una mayor capacidad para llevar a cabo las actividades

² Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (2005).

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

necesarias para *lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social* (Sanhueza, Salas & Escobar, 2012), así como en un deseo de integración social y generacional (Moratalla, 2000; García, 2003), que ha despertado el interés de las organizaciones privadas que ven, en este nuevo paradigma de la vejez, un nicho de mercado —conocido como *grey market*— que ofrece un sinfín de oportunidades de negocio (Camacho, 2015; de la Riva Group, 2012, 2017; Manzano, 2014; Medina, 2014, entre otros), especialmente en el campo de las instituciones de carácter sociosanitario pero, también, en los ámbitos del turismo, la cultura o el deporte.

Por lo que respecta a los centros de día, objeto de estudio del presente trabajo, deben de adaptarse a ambas visiones de la vejez y comenzar a considerar al AM como un colectivo funcional y activo, cuyos niveles de independencia y autonomía se van alargando en el tiempo y que, por ende, requieren nuevas ofertas de servicio acordes a estos nuevos estilos de vida y comportamiento (Camacho, 2015; de la Riva Group, 2012, 2017; Manzano, 2014; Medina, 2014; Paul, 2012; Sidorenko, 2012; Deangelillo, 2010), sin olvidar en el caso de los AM dependientes, fungir como unidades de enlace “tanto para el desarrollo de un plan de atención individualizado como para brindar entrenamiento a la familia para mejorar sus competencias”, además de facilitar la integración del AM en su comunidad de referencia (Gutiérrez & Kershenobich, 2012). En misma línea de pensamiento, Uribe (2013), indica que, independientemente de su naturaleza pública o privada, es función de los centros de día ofrecer adecuados niveles de protección social en un marco operativo signado por la calidad y la calidez humana, la amabilidad y el respeto. Lo que significa que más que adherirse al cumplimiento de la legislación vigente en la materia o —en el caso de los centros privados a los intereses de negocios—, la asistencia sociosanitaria del AM debe fundamentarse en la salvaguarda de la dignidad humana a partir de “una gestión profesional enfocada en códigos de ética y comportamientos conductuales estrictos” (Uribe, 2013) y sensibles a las necesidades de sus usuarios. Los principios morales en este tipo de negocios o para este grupo de población en particular también tiene que ver con el convencimiento de que las actividades o servicios que ahí se brinden deben de buscar también la perdurabilidad de la funcionalidad de las personas que los reciben.

De acuerdo a ello, el presente trabajo de investigación *Aplicación de principios éticos al funcionamiento de centros de día para satisfacer los requerimientos del grey market*, inicia

con un primer capítulo que expone el planteamiento del problema y la justificación de la investigación dedicado a antecedentes contextuales, que expone al AM en la sociedad contemporánea, estereotipos de vejez, el *grey market* y nuevos modelos de atención al AM. El segundo capítulo dedicado a las preguntas de las que ésta deriva, los objetivos que pretende alcanzar, la hipótesis que la sustenta, el método seleccionado para llevarla a cabo y, finalmente, el alcance y los límites del trabajo realizado. El tercer capítulo se define como un marco conceptual que revisará la constitución, marco jurídico, tipología, estructura y funcionamiento de los centros de día en México; los principios éticos, su importancia y su aplicación en instituciones de asistencia social y, finalmente, el estado del arte de los temas a que esta investigación refiere. El capítulo cuatro muestra un modelo de aplicación de los principios éticos en un centro de día. El trabajo finaliza con el capítulo dedicado a las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

**APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS
DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET***

1. Antecedentes contextuales

1.1 El adulto mayor en la sociedad contemporánea

1.1.1 De los estereotipos de vejez a las nuevas formas de envejecimiento

En México, la sociedad se estratifica por edades y adjudica a cada grupo etario expectativas y roles determinados ya sea por tradición o por convención, mismos que paulatinamente se incorporan al imaginario social presionando a las personas a actuar de acuerdo con determinadas expectativas de comportamiento, es decir, a los estereotipos que forman parte de dicho imaginario y que, con frecuencia, se construyen sobre informaciones ambiguas e incompletas.

La investigación en el campo de los estereotipos sobre la vejez incluye la percepción de diferentes grupos; en familiares y cuidadores de adultos mayores existe una falsa concepción; en jóvenes se percibe a la vejez como un período caracterizado por mala salud, inseguridad económica, soledad y decadencia en las capacidades físicas y mentales; en otros trabajos se ha identificado además de la edad, la clase social. (...) En el sujeto anciano el estereotipo tiene por lo general una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores (Franco et al, 2012).

Estereotipos entre los que Miranda & Barreto (2010), incluyen: a) carencia de poder adquisitivo; facultades mentales disminuidas; enfermedades; percepción de grupo como un todo homogéneo; renuencia a probar nuevos productos o servicios; inactividad física; carencia de cultura; desinterés de los mercados hacia la PAM como colectivo. Sin embargo, y a pesar de la visión estereotipada de la PAM, el envejecimiento poblacional comienza a considerarse un problema prioritario para el conjunto de las ciencias sociales (Moratalla, 2000) preocupadas tanto por su crecimiento progresivo como por las demandas que de él se derivan, convirtiendo en foco de debate la necesidad de descubrir y analizar los nuevos roles que el AM jugará socialmente a medida que avance el siglo XXI (Deangelillo, 2010; García, 2003). Ello implica, necesariamente, la búsqueda de mecanismos capaces de revertir la cultura de degradación y descalificaciones que aún continúa asociada a la vejez en gran parte de la sociedad contemporánea (Franco et al, 2012) en favor de la construcción de una imagen de la vejez “de cara al futuro, no al pasado” (OMS, 2015). Por otra parte, es preciso entender la evolución de la sociedad y del concepto de vejez a lo largo del tiempo lleva aparejada una evolución similar del *ethos*, misma que se asocia a la aparición de nuevos dilemas relativos a la toma de decisiones sociosanitarias, la práctica asistencial, el desarrollo de la tecnología, las

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

relaciones entre el profesional de la asistencia al AM y sus usuarios o la distribución de los recursos, entre otros temas relevantes. Al respecto, García (2003), indica que en una época como la actual, tendente a excluir a los AM de todos los órdenes de la vida social, con una visión claramente etaísta³ que asocia la vejez a conceptos de vulnerabilidad, debilidad y marginalidad, se requiere más que nunca “la construcción de una ética gerontológica adecuada al momento presente” y a la concepción renovada y actual del AM, que promueva la inserción, la independencia y la funcionalidad en tanto que disocia al AM de los conceptos de soledad, aislamiento y abandono, ya sea por desatención familiar, por problemas de salud, discriminación, exclusión sociofamiliar, nivel económico bajo, desasistencia sociosanitaria y pérdida progresiva de habilidades físicas y psíquicas, lo que con frecuencia deriva en desinterés por la realización de cualquier tipo de actividad —doméstica, intelectual, social, cultural o recreativa— (García, 2003; Gutiérrez, Ávila & Montaña, 2010; Marista.edu, s/f; INAPAM, 2014; Franco et al, 2012).

Lo anterior no porque la relación AM/conceptos estereotipados asociados sea irreal, sino porque no corresponde a la totalidad de la PAM y, dados los avances médico-tecnológicos y el progresivo incremento de la esperanza de vida, seguramente no corresponderá al perfil del AM de mediados o finales de siglo, lo que coincide con el pensamiento de Moratalla (2000), cuando señala que la mayor parte de los ámbitos de conocimiento —ciencias médicas, sociología, trabajo social, biotecnología, etc.— trata con la materia desde *estereotipos* y modelos estadísticos *sobre la vejez que no siempre hacen justicia a la realidad* moral, física o social de la misma. Al respecto, Sidorenko (2012), analiza la existencia de dos tipos de vejez: la de corte tradicional y carácter pasivo frente a un nuevo modelo de PAM interesada en colaborar activamente con todos los ámbitos de la vida. Señala el autor, a modo de ejemplo, la aparición en Europa —Francia, Islandia, Irlanda, entre otros países— de “partidos de interés gris”, con un creciente número de votantes dispuestos a “redefinir y renegociar nuevas políticas de la vejez, a cambiar la política de bienestar expandiéndola a políticas de reforma” acordes a las nuevas necesidades de vida que consideran deseables, lo que “si bien no significa que dominarán en un futuro los procesos electorales y, por ende, las posibles políticas públicas”, si es un ejemplo de que “su nivel de influencia se incrementará considerablemente a medida que el tiempo transcurra”. Por su parte, Paul (2012), ofrece

³ Etaísmo o ageísmo: conjunto de valores o mejor, contravalores, y actitudes peyorativas que vienen a marginar y excluir en todos los órdenes de la vida social a la persona mayor (García, 2003).

ejemplos concretos de las nuevas formas de actuación del AM en países como Francia, España o Grecia.

Actualmente, las personas mayores están rechazando el trato diferenciado que surge de la “discriminación por edad” y hablando en público sobre sus necesidades y esperanzas de una sociedad mejor [...] están preparados para desafiar las políticas gubernamentales que reducen sus pensiones y los beneficios adquiridos (Paul, 2012).

Lo que en un contexto local remite nuevamente al concepto de *grey market* y al surgimiento de progresivo de un nuevo perfil de AM interesado por problemáticas ajenas a las que tradicionalmente le han asignado tanto la academia como el Estado:

Hay personas que pasan a formar parte de la tercera edad que están mucho más en movimiento que antes, tratando de resignificar muchas cosas en su vida, como son los conceptos de vejez y jubilación (De la Riva Group, 2013).

Este tipo de AM, aún activo, funcional y con múltiples intereses, es el que se perfila a corto plazo como el usuario tipo del *grey market* y, por tanto, de los centros de día, especialmente en aquellos de naturaleza privada. Prueba de ello es el hecho de que, en México, las políticas gubernamentales comiencen a perfilar esta nueva concepción de la vejez, por lo que no sólo se está ampliando la cobertura del Programa Nacional de Pensiones para asegurar ingresos a la totalidad de la población mayor de 65 años, sino que ha comenzado a generar plataformas informáticas de almacenamiento de información de los posibles de programas sociales de atención que, alejados del burocratismo tradicional, ofrezcan nuevas alternativas de asistencia — programas de capacitación y de empleo, entre otros— a los nuevos tipos de AM, con el propósito de que puedan complementar sus propios ingresos y disminuir su dependencia de los apoyos económicos gubernamentales, reduciendo igualmente las brechas de desigualdad de la PAM respecto a otros grupos etarios y, por tanto, incrementando su calidad de vida (OCDE, 2017; INAPAM, 2010).

1.1.2 El *grey market*

A partir de las necesidades generadas por el nuevo perfil del AM ha comenzado a configurarse en Europa y Estados Unidos un nuevo nicho de mercado de enorme interés para mercadólogos, economistas y administradores de centros de atención diurna: el *grey*

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

market o *mercado gris*, constituido por personas que sienten que su edad psicológica y social es inferior a su edad cronológica⁴ ⁵y que, por ende, no sólo son capaces sino que están deseosos de continuar contribuyendo con la familia y con la sociedad (IAAM, 2017; Watt, 2017).

Un punto común dentro de este grupo es que la mayoría está en una etapa de negar su envejecimiento: 61% dicen que se sienten 9 años más joven que su edad real. Por lo tanto, la manera más segura de asustar a estos consumidores es tratándolos como "viejos" (Bórquez Yunge, 2016).

En otros términos, se trata de un grupo de población perfectamente consciente de su capacidad para disfrutar la última parte de su vida con los cuidados físicos, psíquicos y anímicos propios de su condición etaria, ansioso por adquirir nuevas experiencias especialmente a través de viajes y estudios (Bórquez Yunge, 2016). Un grupo social cada vez más amplio que conoce perfectamente sus necesidades y exige que éstas sean satisfechas ya sea por el Estado o por organizaciones o instituciones de carácter privado. Un nicho de oportunidades que apenas comienza a vislumbrarse en México en el ámbito asistencial, tal como indica la consultora en investigación de mercado De la Riva Group, en su estudio *Consumer Trends Grey Market* (2013), cuando señala que, si bien en el país aún no se ha trabajado este segmento poblacional, existen numerosos casos de éxito en todo el mundo, dado que se trata de un mercado que día con día crece en número —18.11 millones para 2015 (CONAPO, 2014) — y necesidades.

El mercado de las canas en México está prácticamente virgen. Las oportunidades sobran. Solo falta que, al conocer sus necesidades, decidamos hablarles como les gusta y ofrecerles lo que necesitan (De la Riva Group, 2013).

⁴ De acuerdo con el IAAM (2017), la vejez es una etapa de la vida que tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad: cronológica —edad—; física —estado de salud—; psicológica —actitud mental—y social —interacción con el otro— del AM. Así, los AM a los que se dirige el *grey market* son capaces y están deseosos de llevar a cabo actividades diversas que, de acuerdo al perfil tradicional del AM, les estarían vedadas en función de su edad.

⁵ En relación con la percepción de la edad cronológica, psicológica, social y cognitiva de los AM, Miranda & González (2010), recopilan más de 30 estudios, en un análisis sobre segmentación etaria que puede consultarse en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3315249.pdf>

En la misma línea, la consultora chilena Bórquez Yunge, Asesoría Estratégica (2016), con datos de *The Economist*, afirma que este sector etario está revolucionando los mercados en todo el mundo gracias al incremento de su poder adquisitivo derivado del cobro de pensiones, los ahorros acumulados a lo largo de los años y el menor nivel de gasto, hasta el punto de convertirse en “uno de los impulsores más importantes del crecimiento de la economía global, que si no, crecería a un ritmo mucho más lento”. Lo anterior coincide con lo expuesto en el IMES (OMS, 2015) en relación la significativa contribución de la PAM a la economía de los países:

Las suposiciones acerca de la dependencia debido a la edad ignoran las numerosas contribuciones que las personas mayores hacen a la economía. Por ejemplo, una investigación en el Reino Unido, en 2011, calculó que, después de compensar los costos de pensiones, bienestar social y salud con las contribuciones realizadas a través de impuestos, gastos de consumo y otras actividades de valor económico, los adultos mayores hacían un aporte neto a la sociedad de casi 40 000 millones de libras, una cifra que será de 77 000 millones de libras en 2030 (OMS, 2052).

El propio IMES (OMS, 2012) indica que, si bien la afluencia de datos disponibles en este tema es menor en países de ingresos bajos y medianos, entre los que podría ubicarse México, el aporte de los AM en estos contextos también es significativo. Por otra parte, Camacho (2015), afirma que la desatención del *grey market* en México —y por ende la falta de datos—, tanto a nivel público como privado, está estrechamente ligada a factores intrínsecos a la cultura nacional y, concretamente, al concepto de arraigo familiar. Por su parte, la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS: INEGI, 2013) añade un segundo factor de desatención derivado de la crisis económica, que obliga a muchas familias mexicanas a recurrir a la ayuda vivencial y económica de los AM, quienes deben renunciar a una parte de sus actividades para cooperar con la unidad familiar, lo que les impide interactuar, compartir intereses o realizar actividades con miembros de su propia generación, lo que podría derivar en conductas de aislamiento social poco benéficas para un estilo de vida saludable, mismas que se mitigarían con la asistencia a centros de día cuya estructura y objetivos se adaptarán al perfil del *grey market*. Todas estas circunstancias de índole local figuran entre las causas por las cuales este sector no ha explotado aun en México, donde su desarrollo continúa considerándose incipiente y poco debatido por la academia, a excepción de las disciplinas asociadas con la mercadotecnia.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

El mayor problema que tiene este segmento de mercado recae en que desconocen las soluciones que existen actualmente de productos y servicios para que puedan realizar actividades significativas, asimismo como conocer personas del mismo segmento de mercado con intereses similares para así poder activarse más, sentirse parte de una comunidad, mejorando su sentido de estatus y conveniencia (Magaña et al, 2016).

Y es precisamente, el de Magaña et al, uno de los primeros análisis enfocados en el *grey market* nacional, concretamente en la posibilidad de crear una plataforma *web* destinada a los AM, independientes y funcionales, que habitan la Zona Metropolitana de Guadalajara. La descripción general del espacio virtual presenta similitudes notables con el tipo de espacio que supondría un centro de día adaptado a las necesidades del *grey market*.

Un espacio donde las personas de la tercera edad logren interactuar y así puedan crear nuevas experiencias a través de la unión con personas con intereses similares a los suyos (Magaña et al, 2016).

Desde esta perspectiva, en México, la literatura ha comenzado a prestar atención a este segmento poblacional con revolucionarias “ideas de compromiso, unión y libertad, impactando en otras generaciones e incluso siendo gurús de los más jóvenes” (De la Riva Group, 2017), por lo que la creación de nuevos modelos de atención asistencial diurna, capaces de implementar ofertas novedosas, atractivas y de calidad (Ruiz, 2012) enfocadas en el mejor desarrollo del AM debiera ser prioritaria.

1.1.3 Nuevos modelos de atención para las nuevas generaciones de AM

En un entorno global donde los factores demográficos marcan la pauta en tendencias de consumo y atención sociosanitaria (Uribe, 2013), es necesario conciliar la totalidad de los factores previamente descritos con el propósito de mejorar y ampliar las diferentes dimensiones de asistencia sociosanitaria, las estrategias que se deben implementar, las carreras que se deben promover y, evidentemente, los servicios que se deben ofertar (Gutiérrez & Kershenobich, 2012). En este contexto, los nuevos modelos de atención diurna deberán considerar además de las actividades sociales, sanitarias y recreativas que tradicionalmente han ofertado, otras actividades que se adecuen al perfil de las nuevas generaciones de AM —también conocidas como *Baby Boomers*— y que Manzano (2014), sintetiza en cinco puntos relevantes:

- Nacidos tras la II Guerra Mundial, con una expectativa de vida de al menos 20 años más que la generación anterior y con demandas específicas de servicios.
- Buscan sentido de pertenencia y vínculos con la comunidad.
- Disponen de mayor cantidad de tiempo y de dinero que la generación anterior.
- Tienen gustos específicos y tendencia al cambio desde una óptica en la que “lo de siempre” no equivale a lo mejor.
- Interactúan con la tecnología con el propósito de volver sus vidas más cómodas y conectadas.

Lo anterior, enmarcado en “una inmensa cantidad de experiencia en trabajo, familia, amigos y negocios [...] consolidados en un vasto conocimiento a lo largo de los años” (De la Riva Group. 2017) y con actitudes claramente distintas de las generaciones anteriores (Watt, 2017).

Es, en este nuevo escenario, que la oferta de servicios de atención sociosanitaria diurna, y específicamente la de los centros de día, adquiere especial importancia, obligando tanto a las autoridades encargadas del diseño de políticas públicas, como a los administradores de instituciones privadas a actuar desde una consideración de rechazo de los viejos estereotipos (Moratalla, 2000) centrados en la *vulnerabilidad y la baja actividad del colectivo* (Uribe, 2013), *la inutilidad y el estorbo* (Medina, 2014), para dar paso a una nueva visión en la que estos adultos se muestran ávidos de productos y servicios que favorezcan su vitalidad, productividad, independencia, optimismo, movimiento y creatividad (Uribe, 2013; Medina, 2014; Watt, 2017; De la Riva Group, 2012; Miranda & Barreto, 2010).

1.1.4 Nuevos modelos de atención bajo principios éticos

La literatura coincide en señalar la necesidad de ampliar el número de opciones en la oferta de servicios diurnos de atención sociosanitaria a la PAM, haciendo hincapié en la necesidad de mejorar los centros de día que, en la actualidad, operan en condiciones tan complejas como inciertas, gestionados en muchas ocasiones por administradores que a veces desconocen las necesidades y principios de atención de y para las personas adultas mayores para considerar el impacto de los fenómenos socio-económicos y geopolíticos contemporáneos previamente mencionados, las exigencias de los

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

*stakeholders*⁶ implicados en el funcionamiento del centro o la necesidad de interacción de éste con las diversas esferas sociales, culturales y/o políticas de la comunidad en que se ubican. En los centros privados, es preciso añadir, además, la reticencia de los administradores a flexibilizar sus estructuras con el propósito de adaptarse a las condiciones del entorno de tal modo que puedan mantener las necesidades de negocio sin vulnerar el código de valores que debe sustentar un centro de atención al AM. Ello desde la consideración de la funcionalidad del proceso administrativo de las organizaciones y el código ético que debe regular tanto su desempeño como sus relaciones con agentes internos y externos presentan el mismo grado de relevancia (Ramírez Flores, 2006) en relación a su impacto en el Índice de Progreso Social⁷, dado que es imposible concebir el desarrollo organizacional contemporáneo al margen de la ética (Fernández, 2011). Perspectiva que obliga al funcionamiento de las organizaciones —y de modo particular a aquellas dedicadas a la atención del AM a incorporar elementos éticos en rubros tan diversos como: misión, visión, valores, objetivos, programas, estrategias, tácticas o acciones específicas, con la finalidad de cumplir con las políticas gubernamentales y con los *Planes de Acción Específica* —en el caso de instituciones públicas— y de incrementar su participación en el mercado, su rentabilidad y sus esquemas de calidad integrada —en el caso de organizaciones privadas—. Adicionalmente, el sustrato ético contribuye en ambos tipos de institución —pública y privada— a mantener intactas tanto su imagen como su reputación corporativa a través de modelos de comportamiento que cumplan con las expectativas del entorno en que están involucradas.

Modelos de comportamiento que, en el caso de los centros de día, deben de considerar además todos aquellos principios relacionados con la dignidad del ser humano, derivados de la Bioética, tal y como aparecen recogidos en el *Informe Belmont* (1978), así como aquellos axiomas sobre los que se sustenta la atención clínica (Beauchamp y Childress, 1958), adaptados a los escenarios de intervención social generados por el cuidado y la

⁶ Los *stakeholders*, es decir, los actores sociales que interrelacionan con la organización se clasifican en: a) secundarios —comunidad en el sentido más amplio: desde los entes privados hasta el ámbito internacional, incluyendo los grupos de presión—; b) primarios externos —grupos de interés directamente relacionados con la empresa— y, c) primarios internos —socios, trabajadores, voluntarios de las empresas sin ánimo de lucro, etc. — (Agulló, 2009).

⁷ El Índice de Progreso Social (*SPI*, por sus siglas en inglés), mide la extensión en la que los países satisfacen las necesidades sociales y medioambientales de sus ciudadanos. El desempeño relativo de los países se mide con 54 indicadores reunidos en tres dimensiones principales: necesidades humanas básicas, bienestar fundamental, y oportunidades de progreso.

atención a la que el AM tiene derecho. Lo que, de acuerdo con García (2003), debería revertir en el paso de una ética de mínimos⁸, unitaria, a una ética plural, racional, abierta al diálogo capaz de propiciar pautas de actuación que favorezcan el mejor funcionamiento y comportamiento personal en el correcto ejercicio profesional de los administradores y, por ende, de los centros que gestionan, puesto que:

Si el individuo participa de manera activa en el progreso social, entonces la organización debe colaborar en ese mismo desarrollo a través de un código de conducta ética que represente un ideal de comportamiento que considere: a) las regulaciones en los acuerdos y tratados internacionales; b) los códigos globales de conducta en los negocios y, c) las restricciones voluntariamente autoimpuestas por las propias organizaciones (Ramírez, 2006).

Conjunto normativo que al regular las operaciones del centro de día revelará tanto la cultura ética del mismo como el modo en que ésta la ejerce y su sintonía con los valores difundidos entre los *stakeholders* (Comité, 2007). Al respecto, Martínez (2011), indica que los principios éticos que sustentan la práctica médica —no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia— deben aplicarse a la intervención social, dado que sobre ellos se sustenta el axioma universal de la dignidad de la persona. En relación con los procesos de intervención cabe señalar, además, que en un marco de planificación de políticas sociales es habitual el enunciado de los principios que delimitan el marco rector de las mismas que, en el caso de la atención gerontológica, incluye rubros como prevención, enfoque comunitario, personalización, sinergia, continuidad de la atención, promoción de la autonomía, normalización e integración (Fantova 2008). Por su parte, Martínez (2011), define un modelo de atención integral centrada en las personas en situación de dependencia sustentado por siete principios rectores que deben orientar la intervención — la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la independencia, la inclusión social y la continuidad en la atención— de los cuales derivan los criterios técnicos —diversidad, accesibilidad, interdisciplinariedad, globalidad, flexibilidad, atención personalizada, prevención, rehabilitación, coordinación y convergencia— necesarios en el funcionamiento de cualquier institución de atención gerontológica.

⁸ La ética de mínimos es la común aceptación de unas exigencias mínimas o unos deberes de justicia elementales sobre las que todos deberíamos estar de acuerdo, y a la que la literatura considera un punto de referencia fundamental en el discurso bioético contemporáneo (García, 2003).

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Sin embargo, pese a que teóricamente los principios éticos que deberían regir un centro de día están prolijamente detallados, la realidad indica que dichos principios no se cumplen habitualmente, lo que deriva en situaciones de maltrato físico, emocional, psicológico y social de los usuarios de dichos centros, caracterizadas por la literatura en forma de despersonalización, deshumanización, victimización e infantilización, entre otras que repercuten negativamente en la calidad de vida del AM, vulnerando su percepción de independencia, funcionalidad y autoestima (Gómez, 2009). Una forma de minimizar el problema planteado por Gómez será el aseguramiento de la aplicación de principios éticos sólidos como motor de los procesos administrativos (Milanés Céspedes, 2010) que rigen la funcionalidad de los centros día, lo que requerirá de formas propias en su estructura, funciones, normatividad, evaluación y control, además de la atención al usuario y a sus relaciones con la comunidad en que se enmarca.

1.2 Definición del problema de investigación

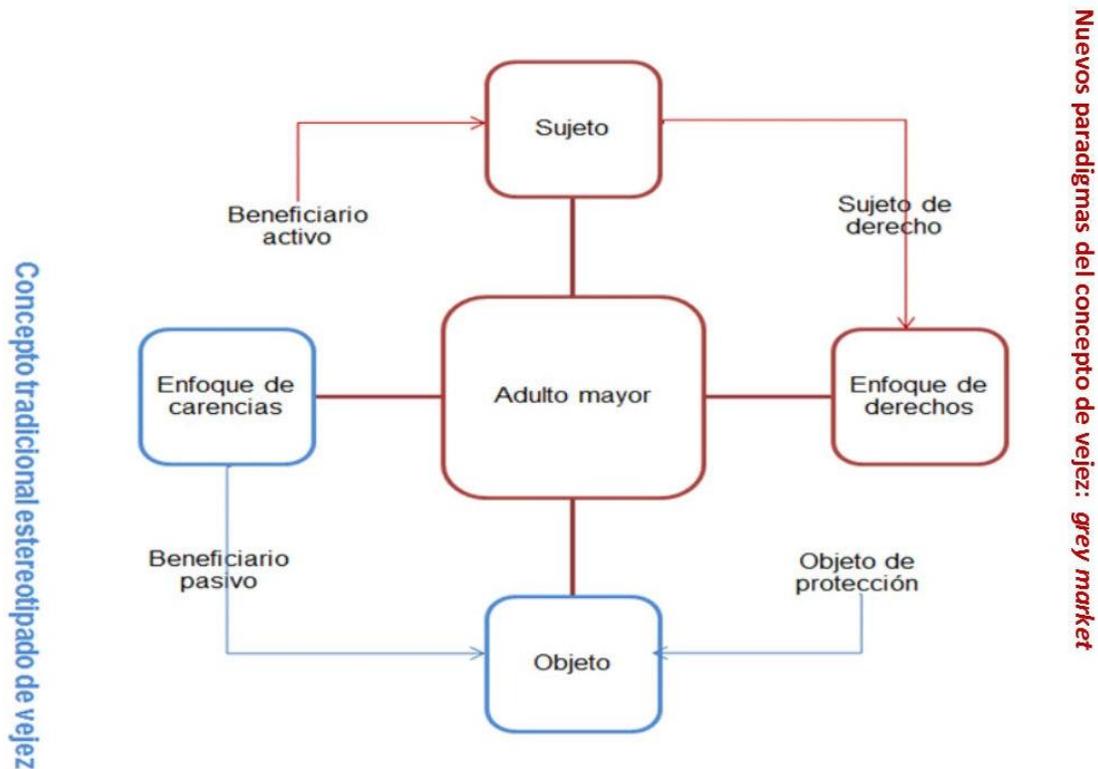
Buena parte de la literatura y de las políticas públicas mide la calidad de vida del AM se dice con base a todo aquello que, ya sea por convención o tradición, consideran que ya no puede hacer, lo que supone una “visión paternalista y discriminatoria” (Guamán, 2016) de este segmento etario. Por otra parte, frente a estos modos estereotipados de comportamiento y atención al AM surgen nuevos modelos que otorgan a este segmento poblacional un mayor grado de funcionalidad, independencia e interés por continuar integrándose en los diversos ámbitos de la vida pública y privada, tal y como lo señala el IMES (2015).

Una vida más larga es un recurso extremadamente valioso. Otorga la oportunidad de repensar no solo cómo vivir la vejez, sino cómo podría desarrollarse toda nuestra vida. Por ejemplo, en muchas partes del mundo, el curso de la vida se circunscribe a un conjunto rígido de etapas: la primera infancia, los años de estudio, un período definido de años de trabajo y, después, la jubilación. Desde esta perspectiva, a menudo se da por sentado que los años adicionales simplemente se añaden al final de la vida y permiten una jubilación más prolongada. Sin embargo, existen pruebas de que muchas personas están reconsiderando este encuadre de sus vidas, a medida que más y más personas viven hasta una edad avanzada. Piensan, en cambio, en pasar los años adicionales de otra manera, tal vez en continuar sus estudios, hacer una nueva carrera o dedicarse a una afición desatendida durante mucho tiempo. Además, dado que las personas más jóvenes comienzan a contar con vivir más tiempo, también pueden planificar las cosas de manera

diferente; por ejemplo, pueden dedicar más tiempo a formar una familia primero e iniciar sus carreras después (IMES, 2015).

Este nuevo tipo de AM, sujeto de la atención del *grey market*, requiere una oferta determinada de servicios capaces de satisfacer sus necesidades, en la que se incluye la reestructuración de los centros de día y su alejamiento de los estándares culturales asociados al envejecimiento a través de la operación de dichos centros desde una perspectiva ética fundamentada en el axioma universal de la dignidad de la persona y en los principios, igualmente universales, de la ética clínica —beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía—, en la que el AM deje de ser considerado un beneficiario pasivo objeto de protección —persona que recibe la atención que se brinda, independientemente de que ésta responda o no a sus necesidades— para convertirse en un beneficiario activo sujeto de derecho —persona que exige que se le brinde determinado tipo de atención—, lo que Huenchuan (2004), expresa gráficamente en la figura 1.

Figura 1. Modelo de vejez tradicional vs. Nuevos modelos de vejez.



La figura 1 muestra compara el concepto tradicional de vejez basado en estereotipos de marginación y dependencia frente a los nuevos modelos que propugnan un concepto basado en la funcionalidad e independencia. Fuente. Elaboración propia basada en Huenchuan (2004).

1.3 Justificación

El IMES (OMS, 2015) indica lo siguiente:

Uno de los retos para formular una respuesta integral al envejecimiento de la población es que muchas percepciones y supuestos comunes sobre las personas mayores se basan en estereotipos anticuados. Esto limita la forma en la que conceptualizamos los problemas, las preguntas que hacemos y nuestra capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras. La experiencia indica que se necesitan nuevas perspectivas (OMS, 2015).

En México, sin embargo, tales perspectivas, si bien comienzan a teorizarse en algunos documentos institucionales del INAPAM (2013, 2014), en la práctica, la tendencia del Estado de afrontar el problema desde la perspectiva de la asistencia social es restrictiva y se requieren políticas de mayor amplitud, mismas que:

Demandan ya no sólo la cooperación interinstitucional, la transversalidad en los tres niveles de gobierno, el federalismo con todos los Estados y la vinculación con los poderes legislativo y judicial, sino además requieren la participación de otros actores interesados en el tema como los institutos de investigación y las instituciones académicas, que cuentan con personal, con los conocimientos relacionados en el proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y la problemática de los adultos mayores, con ello se podrá dar soporte a las acciones; otro actor fundamental son las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones privadas dedicadas a brindar servicios a la vejez, que tienen un conocimiento empírico de los problemas asociados con la vejez y su repercusión en la familia y la comunidad (Razo, 2014).

En este contexto, el trabajo que aquí se presenta, justifica su pertinencia y relevancia en virtud de los siguientes criterios:

1. Fortalece los avances en el conocimiento de la cultura del envejecimiento con el propósito de procurar la inserción plena de los AM en el tejido social a través del análisis de la aplicación de principios éticos al funcionamiento de los centros de día para AM independientes y funcionales, que recojan las necesidades de este grupo poblacional de modo acorde tanto a lo expresado en el IMES (OMS, 2015), como al perfil del *grey market*, con el propósito de constituir una referencia que sirva de precedente para otros trabajos de investigación en la materia.

2. Contribuye a integrar a la academia como un actor social capaz de definir lineamientos de actuación que favorezcan el diseño de acciones tendentes a mejorar la atención de la PAM en el marco de los estándares de una nueva cultura nacional (INAPAM, 2014) e internacional (OMS, 2015) del envejecimiento.

2. Marco metodológico

2.1 Preguntas de investigación

2.1.1 Pregunta principal

¿La aplicación de principios éticos al funcionamiento de los centros de día ayuda a mejorar su eficacia asistencial, cumplir con lo estipulado por las políticas públicas en materia de atención al AM y con los requerimientos expresados por el *grey market*?

2.1.2 Preguntas secundarias

- P1 ¿Cómo se han incorporado los principios éticos al funcionamiento de los centros de día?
- P2 ¿Es factible mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los centros de día a través de la incorporación de principios éticos, de forma que respondan a las necesidades de los AM, independientes y funcionales que integran el *grey market*?
- P3 ¿Qué factores externos e internos deben considerarse en el análisis organizacional a la hora de incorporar principios éticos a los procesos operativos de los centros de día para satisfacer las necesidades de los AM, independientes y funcionales que integran el *grey market*?

2.2 Hipótesis de investigación

La aplicación de principios éticos al funcionamiento de los centros de día contribuye a mejorar la eficiencia asistencial y a satisfacer las necesidades de los AM, independientes y funcionales, que integran el *grey market*.

2.3 Objetivos de investigación

2.3.1 Objetivo general

Documentar como la aplicación de principios éticos al funcionamiento de los centros de día contribuye a mejorar la eficiencia asistencial, de forma que satisfacen las necesidades de los AM, independientes y funcionales, que integran el *grey market*.

2.3.2 Objetivos específicos

- O1 Analizar el modo en que los centros de día incorporan los principios éticos a su funcionamiento.
- O2 Analizar las necesidades de los AM, independientes y funcionales, que integran el *grey market* en relación con los principios éticos que deben incorporarse a los centros de día para mejorar la eficiencia de su desempeño en la satisfacción de dichas necesidades.
- O3 Mostrar que la incorporación de principios éticos al funcionamiento de los centros de día mejora la eficiencia de su desempeño y, por ende, la calidad asistencial ofrecida al AM, independientes y funcionales, que constituyen el *grey market*.

2.4 Metodología

La investigación que aquí se presenta se concibe como un estudio exploratorio de la funcionalidad de los centros de día, con el propósito de construir un marco de referencia que pueda utilizarse como sustrato teórico en una investigación posterior de mayor amplitud —tesis de doctorado—. Desde este planteamiento, se define como un proceso de análisis e interpretación de información, que reúne, discrimina y analiza datos contenidos en forma de documentos producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado. Un procedimiento reflexivo, controlado, sistemático y crítico de proposiciones hipotéticas (Rojo Pérez, 2002), sobre las relaciones existentes entre la ética administrativa, la ética organizacional, la ética clínica, la bioética y la ética gerontológica y su aplicación a la administración de los centros de día.

Como todo estudio basado en el análisis de información presenta un carácter eminentemente exploratorio, dado que es necesario precisar la naturaleza y el alcance del proyecto de investigación que, en el caso que aquí se trata, pretende el acercamiento del investigador a su objeto de estudio a través de la exploración de la literatura alusiva. Igualmente, la investigación posee carácter descriptivo en cuanto que detalla una situación mediante el estudio de la misma en circunstancias tempo-espaciales determinadas, es decir, la incorporación de los principios éticos a los procesos administrativos de centros de día, en la actualidad y en este país (Martínez, 2008). Por

último, puede considerarse en la investigación un enfoque analítico, ya que la información recogida, por sí misma, no arrojaría mayores hallazgos si no existiese, por parte del investigador, un proceso de interpretación capaz de producir descubrimientos sustanciales sobre el objeto de estudio (Panqueva Tarazona, 2008).

2.4.1 El análisis de información

El método de análisis de la información aborda el significado de los datos contenidos en los documentos recuperados por el investigador, por lo que es posible definirlo como una metodología de investigación:

Cuyo objetivo es la captación, evaluación, selección y síntesis de los mensajes subyacentes en el contenido de los documentos, a partir del análisis de sus significados, a la luz de un problema determinado [... que] ha dejado atrás la simple recopilación y lectura de textos para convertirse en una actividad de interpretación proyectiva y prospectiva, [...] con el propósito de crear vías para hacer llegar la información al usuario que la requiere, permite captar e interrelacionar ideas esenciales que son partes de un proceso integrador, cíclico y sistémico único (Dulzaides & Molina, 2004).

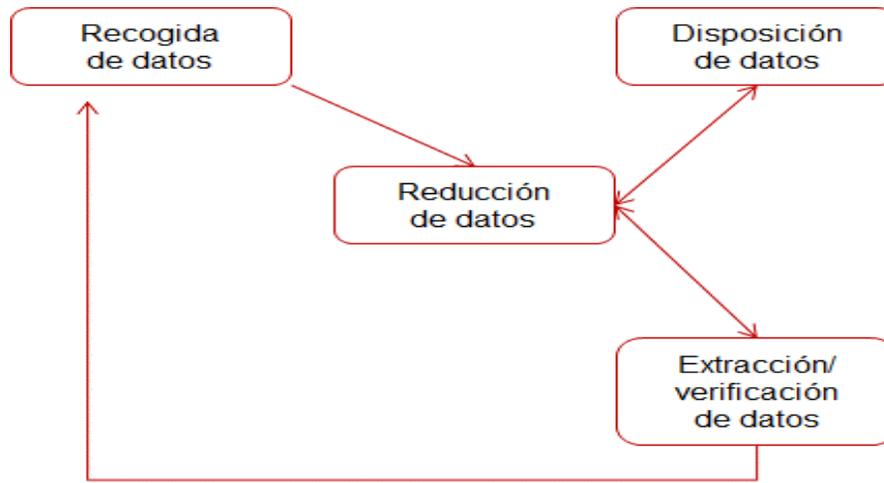
El análisis de información, a diferencia del tratamiento documental, está condicionado por la interpretación del analista, por lo que más que simples referencias ofrece datos derivados del análisis y la síntesis de la información evaluada; posibilita, además, el uso, relación y manejo de conceptos, así como la habilidad para ubicar en un contexto y establecer los nexos necesarios entre la información procesada y el conocimiento disponible para la solución de un problema, lo que lleva a Dulzaides & Molina (2004) a definirlo como *un puente entre la información y el usuario* de la misma.

2.4.2 Método de investigación

A través de las técnicas de análisis de información, el investigador profundizó en el conocimiento de la realidad estudiada para avanzar mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos. Saiz (s/f), indica que el proceso metodológico de análisis de información consta de cuatro etapas, mismas que se recogen en la figura 2.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Figura 2. Análisis de la información.



La figura 2 muestra las cuatro etapas en que se estructura la metodología de análisis de la información. Fuente. Saiz (s/f). Formato modificado.

1. Revisión permanente y reducción de datos

Consiste en la selección de la información para hacerla abarcable y manejable, lo que implica descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido, de acuerdo con criterios específicos. Consta de tres procesos: a) separación en unidades; b) clasificación de unidades y, c) síntesis [v. tabla 1].

Tabla 1. Revisión y reducción de datos.

Separación en unidades	Identificación y clasificación de unidades	Síntesis
<ul style="list-style-type: none"> * Criterios contextuales. * Criterios temporales. * Criterios temáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Codificación descriptiva [Búsqueda de conceptos para cubrir los datos]. * Codificación relacional [Síntesis de las explicaciones teóricas hasta que no pueda extraerse más información o datos nuevos]. * Codificación selectiva [Triangulación, casos negativos, validación]. 	<ul style="list-style-type: none"> * Teorización. * Selección secuencial. * Procedimientos analíticos generales.

La tabla 1 recoge los tres procesos que componen la reducción y revisión de datos. Saiz, lo describe como un procedimiento extremadamente complejo en función de la diversidad de criterios y clasificaciones que pueden ser utilizados. La tabla 1 recoge, únicamente, las categorizaciones utilizadas en la presente investigación. Fuente. Elaboración propia, basada en Saiz (s/f).

2. Disposición y transformación de datos

Ordenamiento sistemático y organizado de la información recogida, con el propósito de facilitar su comprensión y análisis, ilustrar las relaciones entre conceptos, el proceso de transición entre etapas, el desarrollo del fenómeno objeto de estudio, las diversas etapas de la investigación, entre otros rubros [v. tabla 2].

Tabla 2. Transformación de datos.

Gráficas	Matrices
<ul style="list-style-type: none"> * Descriptivas [esquemas, mapas, cuadros, figuras]. * Explicativas. [diagramas de flujo, de dispersión, de causa]. 	<ul style="list-style-type: none"> * Descriptivas [listas de control, cronologías, meta-matrices...etc.]. * Explicativas [de efecto, proceso-producto].

La tabla 2 recoge la tipología de las gráficas y matrices utilizadas durante la etapa de transformación de datos. Fuente. Elaboración propia, basada en Saiz (s/f).

3. Análisis de contenido

Busca retomar el significado —manifiesto o latente— de los documentos utilizados en la investigación, mediante un proceso de cuatro pasos [v. tabla 3].

Tabla 3. Análisis de contenido.

Análisis previo	Preparación del material	Selección de unidades de análisis	Explotación de resultados
Lectura exploratoria.	Desglose en unidades significativas: <ul style="list-style-type: none"> * Constitución del corpus. * Transcripción. * Elección del procedimiento de tratamiento. * Desglose de contenido y agrupación de temas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Conceptos. * Ideas. * Temas. 	Reorganización del material para reconstruir el sentido del texto tras el análisis de contenido.

La tabla 3 muestra los procesos de análisis de contenidos que permiten al investigador reconstruir los significados con el propósito de elaborar un nuevo texto. Fuente. Elaboración propia, basada en Saiz (s/f).

4. Resultados y conclusiones

Las conclusiones de una investigación consisten en el ensamblaje de los elementos relevantes en el análisis de contenido para reconstruir un todo estructurado y significativo, surgido de la interpretación del autor. En otros términos, las conclusiones se construyen a partir de afirmaciones y/o proposiciones en las que se recogen los conocimientos adquiridos por el investigador.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Tabla 4. Expresión y verificación de conclusiones.

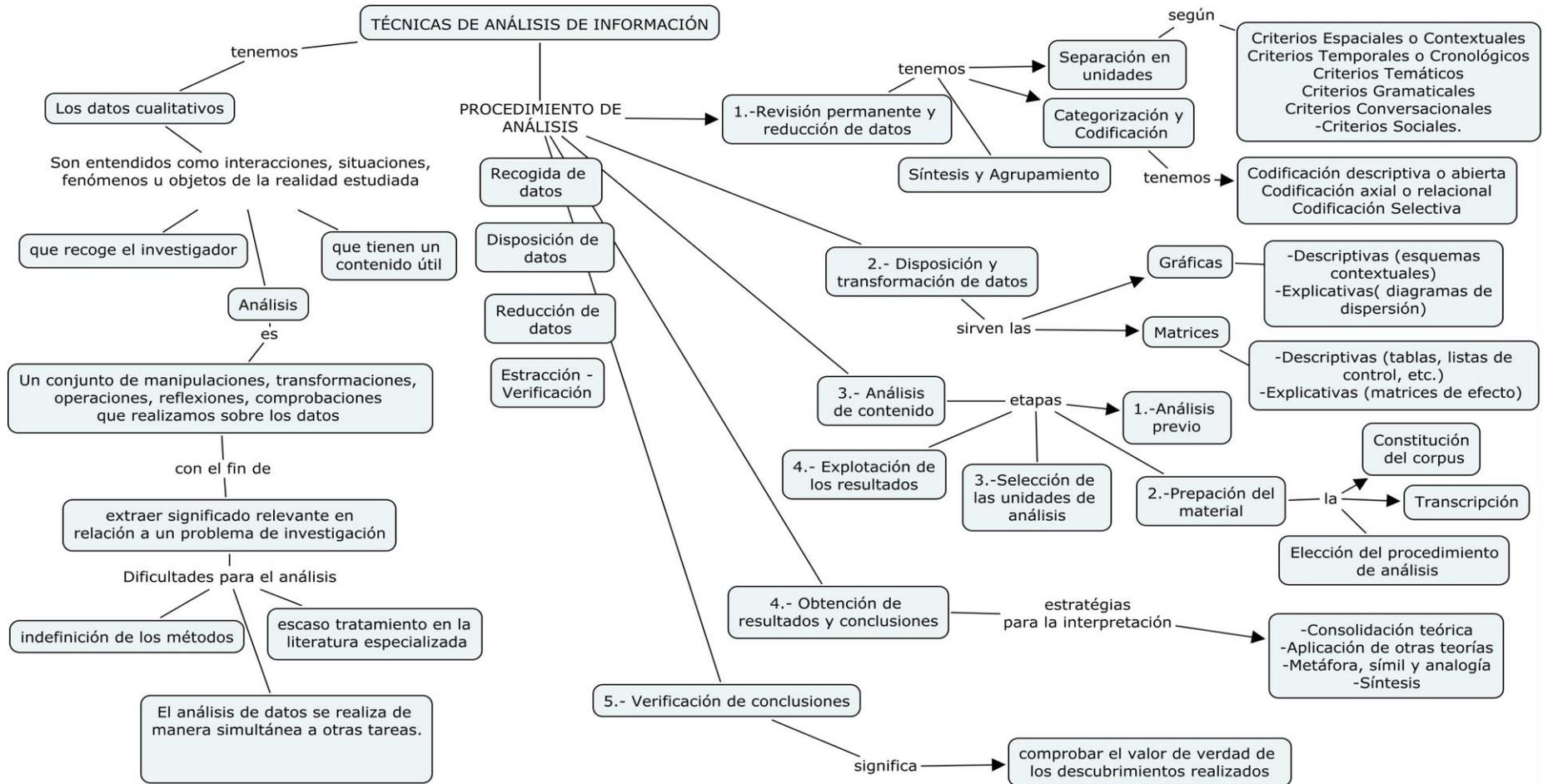
Expresión de conclusiones	Verificación de conclusiones
<ul style="list-style-type: none">* Consolidación teórica [comprobación razonada de que los datos se integran apropiadamente en las categorías establecidas].* Aplicación de otras teorías [búsqueda sistemática de otros estudios o marcos analíticos más generales en que se puedan integrar los datos].* Metáfora, símil y analogía, figuras retóricas que sirven para integrar y ayudar a interpretar los datos.* Síntesis [integración de los datos y conceptos de otras investigaciones de carácter intra o interdisciplinar].	<ul style="list-style-type: none">* Comprobar el valor de verdad de los hallazgos realizados.

La tabla 4 muestra los diversos modos de expresar las conclusiones de la investigación obtenidas a partir de los hallazgos relevantes, así como la necesidad de verificar dichas conclusiones.

Fuente. Elaboración propia, basada en Saiz (s/f).

Saiz (s/f), elabora un gráfico descriptivo del método de investigación basado en técnicas de análisis de la información que sintetiza detalladamente todo el proceso de interacción del investigador con los datos obtenidos [v. figura 3].

Figura 3. Técnicas de análisis de información.



La figura 3 muestra el proceso de investigación a través del uso de la metodología de análisis de la información. Fuente, Saiz (s/f).

3. Marco conceptual

3.1 Marco legal de la atención al AM

Tanto la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), en su artículo 3º, como la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social; para la prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, indican que se considerará como adulto mayor a toda persona que ha alcanzado los sesenta años. Criterio compartido en el país por todas las entidades gubernamentales de atención a este segmento poblacional, entre las que se encuentran la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Instituto para la Atención de Adultos Mayores de la Ciudad de México (IAAMCDMX). Por otra parte, la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, junto al resto de las leyes federales en la materia y los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano, reconocen los derechos humanos del AM, asegurando su protección y cuidado, además de garantizar su intervención y participación en la sociedad, lo anterior en virtud de la reforma constitucional en materia de derechos humanos publicada el 10 de junio de 2011.

Algunos de esos tratados internacionales son la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948); el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (ONU, 1966); el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966); la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* (1969), y el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, conocido como *Protocolo de San Salvador* (1988), entre otros. Mismos que determinan que toda persona tiene los derechos y libertades consagradas en cada uno de ellos sin importar su condición. En particular, el *Protocolo de San Salvador*, en el artículo 17, dispone que se adopten medidas concretas a favor de los AM y compromete a los Estados Parte a proporcionar alimentación y atención médica especializada en caso de carecer de ella, a ejecutar programas laborales específicos y a estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar su calidad de vida. En la *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (ONU, Viena, 1978) mediante su resolución 33/52 se asume la necesidad de afrontar el problema del envejecimiento; refiere igualmente a la necesidad de observar y promocionar los derechos de los AM.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 46/91, adoptó los *Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad*, a partir de los cuales se alienta a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad de los AM, contemplados desde la *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, así como en la *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad*, promovida por la Federación Internacional de la Vejez (1982). La *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (2002), adoptó la *Declaración Política de Madrid sobre el Envejecimiento* en la que se instituyó el *Plan de Acción Internacional* para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI, en él se promueve el desarrollo de una sociedad para todas las edades, y se compromete a los Estados Parte a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, aquella por motivos de edad. Se reconoce, asimismo, que los AM deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades, para lo cual se comprometen a fomentar el reconocimiento de la dignidad de las personas adultas mayores y a eliminar todas sus formas de abandono, abuso y violencia.

El IMES (OMS, 2015), en el marco del Día Internacional de las Personas de Edad, señala la diversidad de la vejez, la participación social y la necesidad de desarrollar servicios que contribuyan a mantener la funcionalidad por el tiempo que más se pueda en la persona mayor, permitiendo así un nicho de nuevas oportunidades para desarrollar servicios más funcionales y contando con políticas adecuadas que permitan un envejecimiento digno para la población y propiamente al AM vivir mejor al mismo tiempo, suprimiendo aquellas injusticias inherentes a los sistemas de atención actuales.

En México, los compromisos internacionales descritos se retoman en el artículo 4o de la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* (2003, reforma de 2014), misma que dispone que no podrán llevarse a cabo conductas discriminatorias contra las personas por razón de su edad, incluidos los AM. Por lo que respecta al ámbito de las entidades federativas, se han establecido 17 legislaciones estatales en materia de no discriminación, en tanto que 25 Estados de la República integran en su marco jurídico una legislación específica de ese grupo de población.

Cabe señalar que la *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad*, en el punto 4.8, define los establecimientos de asistencia social temporal, entre los que pueden ubicarse los centros de día como:

4.8 Establecimiento de asistencia social temporal, a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, proporciona servicios y apoyos asistenciales durante periodos menores a 24 h., continuas, a personas adultas y adultas mayores que incluyen: alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre y en su caso alimentación de acuerdo con el modelo de atención.

3.2 Los centros de día en México: Características generales

3.2.1 Antecedentes

Los modelos de atención diurna para AM, entre los que se ubican los centros de día, comenzaron a funcionar como una alternativa abocada a contrarrestar los altos costos de los servicios sanitarios de la internación en residencias y asilos, ante las cada vez más intensas exigencias de la sociedad para el cuidado y atención de este sector poblacional. Los primeros centros de día se instituyeron en Estados Unidos a fines de la década de los sesenta (Rosato et al., 2002) y, en Europa, una década más tarde, dando lugar a una amplia variedad de modelos de atención cuyos programas abordaban desde objetivos estrictamente sanitarios y de rehabilitación con fines de carácter bio y psicosocial. Por lo que respecta a México, la literatura referida a la historia y evolución de las instituciones de asilo⁹ y, de modo particular, a aquellas de atención diurna, es más bien escasa (PROFECO, 2015; Crespo, 2014) y enfocada en cuestiones organizacionales más que en temáticas de ética y mejores prácticas de atención, como es el caso del trabajo que aquí se presenta. Como sucedió en otros países, la aparición de este tipo de centros en el país a fines de los años setenta (PROFECO, 2015) determinó el abandono del concepto tradicional de *asilo* asociado, a su vez, a los de beneficencia y caridad, es decir, a connotaciones de desamparo y marginación social. Al respecto, Quintana (1999), señala que las primeras referencias teóricas a las nuevas formas de atención al AM, entre las

⁹ En lo que se refiere a una visión historiográfica de la evolución de los asilos y otros centros similares de atención, destaca el texto de Quintana (1999), que trata el tema de la atención a los ancianos en asilo y casas hogar de la ciudad de México, en el cual retoma el proceso histórico sobre el origen de los asilos en México.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

que se encuentran los centros de día, pueden encontrarse en el *Congreso Panamericano de Gerontología* (Ciudad de México, 1957) y, dos décadas más tarde, en los inicios de la Sociedad Mexicana de Geriatria y Gerontología (1977), con la que comienza:

La apertura de un espacio profesional para el estudio y atención a la población anciana, y la actualización de profesionales de la salud y en este sentido se busca tener una orientación y apoyo a los asilos y otras instituciones de atención a los ancianos (Quintana, 1999).

Dos años más tarde, con la creación del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN, 1979), se comienza a trabajar con objetivos explícitos de protección, ayuda y atención a la vejez mexicana a través del estudio de sus problemas y la búsqueda de soluciones a los mismos mediante acciones destinadas a:

Otorgar servicios de atención médica, establecer convenios con diversos organismos e instituciones, y promover actividades culturales, recreativas y manualidades (INAPAM, 2016).

En 1982, con el paso de las actividades de asistencia social al Sistema Nacional de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) y con la conformación del Sistema Nacional de Asistencia Social, se sustituye en los documentos oficiales el término *asilo* por el de *casa-hogar* y se sientan las bases de una nueva visión en el cuidado de la PAM, mismas que comenzarán a fructificar a partir de 1991 con la aparición de los *primeros trabajos, metodológicamente sustentados*, que muestran las condiciones institucionales para la atención a este sector poblacional en el país (Quintana, 1999), aun cuando sea necesario citar como precedente de los mismos el de Salinas et al¹⁰. (1986; en Quintana, 1999) sobre las condiciones de 11 instituciones similares en el Estado de Nuevo León. Ya en 1997, la entrada en vigor de la *Ley del Seguro Social* (DOF, 1995)¹¹, ya menciona explícitamente entre sus siete programas de cuidado del AM la atención de pensionados y jubilados en centros de día, así como la implementación de procedimientos de evaluación y control de los servicios que éstos ofrecen.

¹⁰ Salinas, R., Martínez, M. & Banda, J.P. (1986). "Asilos de ancianos en el Estado de Nuevo León". *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 56-63. Recuperado el 7 de abril de 2017 [Link].

¹¹ Disponible para consulta en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lss/LSS_orig_21dic95.pdf

Por otra parte, el trabajo de Quintana (1999), concluye que a principios del siglo XXI las instituciones de atención al AM se caracterizaban, en México, por su desestructuración, en muchos casos por la carencia de registro ante la Secretaría de Salubridad y, frecuentemente, de personal capacitado. Asimismo, resaltar la necesidad de *espacios con diferente arquitectura para los distintos grupos de ancianos*, es decir, de diferentes modelos de atención gerontológica. En otros términos, los centros de día deberían, conforme a la Ley, de estructurarse de modo flexible para garantizar su adaptación a las necesidades cambiantes de las personas mayores y sus familias (Crespo, 2014), cumpliendo así la exigencia social de mantener activo a este sector poblacional durante el día con programas de estimulación que garantizarán la conservación de sus capacidades funcionales en todos los ámbitos del desarrollo humano (PROFECO, 2015).

3.2.2 Concepto y definición

La mayor parte de las naciones desarrolladas o en vías de desarrollo comenzaron desde fines del siglo pasado a implementar planes de asistencia médico-sanitaria y sociofamiliar para abordar las necesidades de atención diurna del AM, lo que derivó en una anárquica proliferación de centros de día, diversos en cuanto a objetivos, estructura, personal y funcionamiento (Salgado & González, 1999; Quintana, 1999). A lo largo de los últimos años este tipo de centros ha ido creciendo en número como en importancia social dentro de la red de servicios de atención al AM, pues tanto la academia, como los profesionales de la gerontología social, las familias de los usuarios y los usuarios mismos, han comenzado a entenderlos como una oportunidad, benéfica y económica, de mejorar el cuidado socio-sanitario en beneficio de la PAM (IMSS, 2017; Martínez, 2007) que, a través de este tipo de oferta de servicios puede mantener su entorno habitual y potenciar su autonomía (Fundación Matia, 2003). Son, en opinión de los expertos, la mejor alternativa para favorecer la convivencia generacional del AM y el mantenimiento o, en su caso, recuperación de sus capacidades motrices, manuales e intelectuales a través de actividades socio-recreativas y ocupacionales (PROFECO, 2015) en un marco de atención integral del AM y de apoyo a sus familias (INAPAM, s/f).

Sin embargo, y aun estando ampliamente caracterizados en la literatura, no existe una definición universalmente aceptada de los mismos, debido a la ingente cantidad de factores que influyen en su estructura y funcionamiento: desde su naturaleza —pública o privada— a la filosofía sociosanitaria bajo la que operan; sin olvidar el tipo de PAM

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

atendida, el presupuesto disponible e, incluso, su ubicación geográfica y la cultura local. Pese a ello, la totalidad de los autores consultados coincide en señalar, como rasgo sustantivo de los centros de día, el desarrollo integral del AM a través diversas actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, para una ocupación productiva del tiempo libre que dignifique la vejez, favorezca la socialización generacional e incremente la calidad de vida del segmento poblacional atendido y de sus familias (Hernández, 2015; Rodríguez, 2004; Fernández, 2009; INAPAM, s/f; Salgado & González, 1999; Rosato et. al, 2000; Crespo, 2014; Martínez, 2007; NIAD, 1984). En general, puede afirmarse que más allá de los factores derivados del contexto particular de cada centro, todas las definiciones revisadas mantienen los elementos básicos contenidos en la descripción del *National Institute of Adult Daycare* (NIAD, 1984).

El cuidado diurno para adultos es un programa grupal de base comunitaria, que atiende las necesidades de las personas mayores con discapacidad funcional a través de un plan de cuidados individualizado. Está estructurado con base en un amplio programa que ofrece una variedad de servicios de salud, sociales y de soporte, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un período de tiempo inferior a 24 horas de cuidados. Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acuden durante unas horas establecidas en su plan individual de atención. Estos programas contribuyen a que sus participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar discapacitada (NIAD, 1984).

La definición anterior, como casi todas las que de ella derivan, alude a la discapacidad funcional del AM atendido, lo que contraviene el perfil del *grey market* de independencia y funcionalidad, por lo que no puede considerarse válida para efectos del presente trabajo [v. tabla 5].

Tabla 5. Centros de día: Compilación de definiciones.

Autor	Definición
NOM-167 SSA1-1997	Establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los AM para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.
Rodríguez, (2004)	Centros gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, prestan atención integral y especializada a personas mayores en situación de dependencia.
Crespo (2014)	Establecimiento que ofrece programas de atención diurna especializados a personas que precisan de ayuda para la realización de las actividades básicas y/o actividades instrumentales de la vida diaria.

Estado de Jalisco (2015)	Espacio donde se otorgan [... a la PAM] actividades recreativas y culturales, consultas médicas, apoyo psicológico y ración alimenticia, con la finalidad de ser parte importante para un desarrollo integral que dignifique su vejez.
Hernández (2015)	Lugar dedicado a proporcionar cuidados y actividades de desarrollo integral a los AM durante el día a través de profesionales de la salud, de modo que por las tardes y los fines de semana estos pueden regresar a casa para disfrutar de su espacio, actividades personales, sociales y familiares.
INAPAM (s/f)	Centros que atienden a personas de 60 años de edad y más que por sus condiciones de vulnerabilidad no pueden permanecer solas en sus domicilios y requieren de atención integral especializada para su seguridad, salud y bienestar, [...] ofreciéndoles servicios que les permitan recuperar la salud, participar en actividades lúdicas y de reactivación, lo que contribuye a mantener su funcionalidad.

La tabla 5 recopila diferentes definiciones de centro de día, permitiendo comprobar, tanto a través de los elementos comunes como de aquellos otros de carácter particular, que ninguna corresponde al perfil del grey market Fuente. Elaboración propia.

Un elemento, el de la discapacidad, que no recogía la Norma Oficial Mexicana, *NOM-167 SSA1-1997, para la prestación de asistencia social para menores y adultos mayores* (1998), punto 8, *Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores*, inciso 8.5, en el cual se indicaba la necesidad de:

Promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros de día y casas de bienestar social. Estos centros deberán diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

Cabe señalar que la *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad*, en el punto 4.8, define los establecimientos de asistencia social temporal, entre los que pueden ubicarse los centros de día como:

4.8 Establecimiento de asistencia social temporal, a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, proporciona servicios y apoyos asistenciales durante periodos menores a 24 h., continuas, a personas adultas y adultas mayores que incluyen: alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre y en su caso alimentación de acuerdo al modelo de atención.

Pese a que el inciso citado, no alude a la dependencia ni a la falta de funcionalidad, lo cierto es que desde su denominación la NOM remite a los AM dependientes, vulnerables,

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

en estado de abandono o situación de maltrato, que tampoco corresponden al perfil del *grey market*.

Todo lo cual permite concluir que no existe en el contexto mexicano, una definición de centro de día acorde al perfil del *grey market*, sin embargo, revisando la tipología de instituciones de asistencia al AM habilitada en España, donde la asistencia diurna distingue entre centros de día y centros de mayores, distinguiéndose ambos por el grado de dependencia y funcionalidad de las personas a quienes prestan servicios. Por tanto, y para efectos del presente trabajo, se adaptará la definición de *centro de mayores*, al esquema de centro de día capaz de satisfacer las necesidades del *grey market*.

Centros destinados a promover el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia mediante la convivencia, el apoyo a la integración y el fomento de la participación. Están dirigidos a mayores que aún conviven en su entorno comunitario habitual y, para ellos, se organizan actividades físicas, intelectuales, culturales, artísticas, de ocio y tiempo libre, y se ofrece información, orientación y asesoramiento sobre servicios sociales (Agencia Madrileña de Atención Social, s/f).

3.2.3 Misión y objetivos

Estrechamente ligada a la caracterización de cada centro de día se encuentra la misión del mismo, considerada como la guía que marca la estrategia operativa de este tipo de instituciones asistenciales y cuya redacción depende, igualmente, de la naturaleza del centro, su ubicación, presupuesto, tipo de operación...etc. Desde esta perspectiva, y para efectos del presente trabajo, se considerará como un ejemplo genérico de misión de un centro de día la que a continuación se expone:

Generar servicios de calidad e impacto social que permitan a las personas adultas mayores mejorar su calidad de vida, favoreciendo su integración familiar y comunitaria, a través de una oferta de servicios que satisfaga las necesidades básicas bio, psico y sociosanitarias de la población atendida mediante un servicio multidisciplinar y personalizado de gerontología social, terapia ocupacional y nutrición, bajo esquemas de responsabilidad moral y ética, equidad, tolerancia y trato humanitario (INAPAM, s/f; Martínez, 2006).

Si bien, no aparece explícitamente la asociación con la dependencia y la falta de disfuncionalidad, la descripción de la misión, las actividades ofrecidas por la entidad se

perciben como incompletas respecto al perfil del *grey market*, puesto que la “terapia ocupacional” denota habitualmente en el contexto de la PAM, vulnerabilidad y/o riesgo de enfermedad, aislamiento, maltrato o abandono de la persona que las realiza, lo que no es el caso del perfil asociado al *grey market*. Por otra parte, la misión retoma los elementos esenciales que aparecen en la caracterización del centro de día, mismos que se concretan y detallan en los objetivos a alcanzar a lo largo de sus operaciones. Objetivos que, al igual que sucede en el resto de los elementos analizados, varían en función del autor o la institución consultada [v. tabla 6], aun cuando en términos genéricos giren en torno a la idea de *mantener, preservar y/o mejorar la funcionalidad de los usuarios y servir de apoyo a la familia, mediante provisión de un recurso que posibilite la vida sociolaboral de sus miembros* (Crespo, 2014).

Tabla 6. Centros de día: Compilación de objetivos generales.

Objetivos generales	
Estado de Jalisco, 2017	Brindar servicios de atención a las necesidades básicas, socioculturales y de salud primaria a los adultos mayores que acuden a los centros de día, para mejorar su calidad.
INAPAM, s/f	Brindar atención integral por parte del equipo interdisciplinario con calidad y amplio sentido humano a las personas adultas mayores y promover su autocuidado, lo que les permite continuar integrados en su núcleo familiar.
Hernández, 2015	El objetivo de un centro de día es mejorar la calidad de vida de los AM a través de acciones que promueven su salud integral y fomentan su independencia, lo que impacta en mayor salud física, estabilidad emocional y expectativas de vida, sin que pierdan el contacto ni la cercanía con la familia.
Salgado & González (1999)	Lograr un mayor nivel de autonomía y/o autocuidado en el anciano y unas condiciones de vida dignas. Como en todo nivel gerontológico, social o sanitario se les proporcionará una atención integral: funcional, social, mental y sanitaria, de mantenimiento y de atención continuada o de seguimiento.

La tabla 6 recopila diferentes redacciones de objetivos generales de centro de día, permitiendo comprobar tanto los elementos sustantivos comunes a todas ellos como aquellos otros de carácter particular. Fuente. Elaboración propia.

De los objetivos generales se deslindan, como es habitual, los objetivos específicos que, en el caso presente, dada la similitud de redacción de los mismos entre los diferentes autores consultados, se han sintetizado en único listado [v. tabla 7].

Tabla 7. Centros de día: Compilación de objetivos específicos.

Objetivos generales
<ul style="list-style-type: none"> * Otorgar atención integral a la población adulta mayor. * Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de las capacidades cognitivas, funcionales y sociales del AM. * Mejorar o mantener el estado de salud con una actitud preventiva, mediante el desarrollo de programas sanitarios. * Permitir al AM la conservación de su entorno habitual. * Fomentar la participación del AM en actividades recreativas y/o de terapia ocupacional acordes a sus capacidades físicas y mentales para la ocupación del tiempo libre.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

- * Recuperar y/o mantener la autonomía y funcionalidad del AM.
- * Promover y elevar la autoestima manteniendo un estado psico-afectivo adecuado.
- * Proporcionar espacios tendentes a fomentar las relaciones y comunicación interpersonal del AM con otros miembros de su generación.
- * Ofrecer una dieta balanceada acorde a las condiciones de salud del AM.
- * Fomentar, fortalecer, incrementar y en su caso restablecer las relaciones entre las personas adultas mayores y su núcleo familiar.
- * Proporcionar a la familia el apoyo social y asistencial necesario para el mejor cuidado del AM.
- * Evitar la institucionalización del AM con el consiguiente ahorro de costos para la familia y, en su caso, para las autoridades de desarrollo social.

La tabla 7 sintetiza los objetivos específicos de un centro de día más utilizados por diversos autores Fuente. Elaboración propia a partir de INAPAM, s/f; Salgado & González, 1999; Martínez, 2007; Ayuntamiento de Madrid, 2011.

Aun considerando los objetivos expuestos, en el marco de una filosofía de servicio tendente a promover y hacer que prevalezcan los derechos de las personas adultas mayores, considerando su opinión y participación para su bienestar (INAPAM, s/f), sus sentimientos, emociones, derechos, espiritualidad y experiencia con el respeto debido (Martínez, 2007), se percibe una cierta cortedad en relación a las necesidades intelectuales, culturales, de ocio y participación social que derivan de los AM cuyo perfil se asocia al *grey market*.

3.2.4. Modelos de atención

El tipo de servicios ofertados por un centro de día está en función del modelo de atención bajo el que opera v. tabla 8].

Tabla 8. Centros de día: Modelos de atención.

Modelo de atención centrado en la persona	Modelo de atención centrado en el servicio
Enfocada en las capacidades y habilidades de la persona.	Enfocado en los déficits y necesidades, con tendencia a etiquetar.
Intervenciones de macro nivel —plan de vida.	Intervenciones de micro nivel —conductas determinadas, patologías—.
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.

personal.	
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo. Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.	Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo. Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro. Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.	Utilizan un lenguaje familiar y claro. Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

La tabla 8 sintetiza las diferencias entre los principales modelos de atención sobre los que se estructura un centro de día. Elaboración propia, basada en Sevilla et al (2009) y Martínez (2013).

El tipo de modelo de atención se define en función de si los principios que sustentan la operación del centro de día se enfocan en la persona como ser individual con características y necesidades específicas —modelo de atención centrado en la persona— o lo hacen en el servicio ofrecido, cumpliendo fielmente las estipulaciones vigentes en materia de cuidado del AM —modelo de atención centrado en el servicio—, arriesgándose a caer en problemáticas de falta de flexibilidad organizacional, descuido de la protección de la intimidad del usuario o uniformidad excesiva en los procedimientos que impidan la atención personalizada y el empoderamiento de los usuarios (Martínez, 2013). Al respecto, Sevilla et al. (2009), señalan las diferencias entre ambos modelos de atención.

El modelo de atención centrado en la persona, sobre el que se construirá el que se presenta en el capítulo 3 del presente documento, implica la eliminación de las obsolescencias morales que, de acuerdo a Román (2010), ha primado en la asistencia sociosanitaria tradicional a los AM, por lo que es *desde la justicia, y no desde la caridad cristiana, ni desde la beneficencia hipocrática, que se debe atender a este segmento etario, sino desde estructuras de ética cívica que reivindiquen el derecho a la asistencia sociosanitaria.*

3.2.5 Perfil de la población atendida

Cada centro de día define cuál es el tipo de AM al que dirige su oferta de servicios, aunque en México, actualmente, la mayoría están enfocados a AM con diversos grados de dependencia y, frecuentemente, presentan algún nivel de especialización con relación a enfermedades degenerativas —Alzhéimer, Párkinson—. Muy pocos dirigen su atención

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

hacia los AM con grados elevados de funcionalidad e independencia, que más que asistencia sanitaria requieren mejorar su proyecto de vida mediante el establecimiento de relaciones sociales (Hernández, 2015).

El perfil actual de los usuarios de un centro de día corresponderá a personas AM, de 60 años de edad y más, con un buen grado de funcionalidad mental y física —con o sin ortesis y prótesis— en relación a la alimentación, movilidad e incontinencia urinaria, aun cuando puedan presentar algún tipo de discapacidad funcional propia del envejecimiento —disminución de la agudeza auditiva y visual, trastornos de marcha, inestabilidad, que los hace vulnerables y sensibles a padecer accidentes en el hogar— sin padecimientos o patologías psiquiátricas o infecto-contagiosas que puedan poner en riesgo a los demás usuarios y al personal, capaces de otorgar por escrito su consentimiento para asistir al centro de día (INAPAM, s/f). Sin embargo, para que este perfil modelo correspondiese en esencia al que promueve el *grey market*, habría que añadir lo señalado por Forttes (1993), cuando indica que el AM es capaz de: demostrar destrezas, ocupar su tiempo libre en actividades de descanso, compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y reafirmación de la autoconfianza y autoestima, junto con la capacitación en cursos que ejerciten sus vocaciones personales, en forma creativa, son acciones altamente contribuyentes al mantenimiento de la salud, tanto física como mental, además de ser un derecho de todo ser humano.

3.2.6 Oferta de servicios

La duración de la estancia de los AM en un centro de día es tan variable como lo son las necesidades específicas de los usuarios: desde algunas horas ciertos días a la semana la jornada completa todos los días laborables, en régimen de semiinstitucionalización, con un concepto del centro de día como sustituto del hogar. Igualmente, la oferta de servicios proporcionada por la institución es también variable, en función de las características particulares de sus usuarios. Cabe señalar que priman las actividades sociales y de relación sobre los fines terapéuticos, aun cuando puedan ofertar algún tipo de programas preventivos, de rehabilitación o de mantenimiento. Con frecuencia, atosigan al AM con múltiples actividades de carácter más o menos obligatorio que se consideran benéficas para su estado general, sin importar el deseo del sujeto de efectuarlas o no, en vez de procurar que el usuario se incorpore de manera natural a las actividades de su preferencia o interés, de acuerdo con su estado físico, anímico, etc., con tiempos y ritmos adecuados

a su estado físico y psíquico, así como a sus capacidades (Salgado & González, 1999.). La oferta de servicios de un centro de día varía de institución a institución o de autor a autor, así Hernández (2015), diferencia claramente entre actividades terapéuticas diseñadas por especialistas y actividades recreativas.

Tabla 9. Oferta de servicios.

Actividades terapéuticas	Actividades recreativas
<ul style="list-style-type: none"> * Asistencia y atención por especialistas. * Alimentos durante la estancia. * Servicio de transporte. * Consultas con geriatras. * Activación física. 	<ul style="list-style-type: none"> * Programas para estimulación de la memoria. * Rehabilitación y fisioterapia. * Apoyo psicológico. * Valoración y consultas con gerontólogos.

La tabla 9 sintetiza la oferta de servicios propuesta por Hernández (2015) para centros de día. Fuente. Hernández (2015).

En México, el INAPAM (2014), propone las recogidas en la tabla 10.

Tabla 10. Oferta de servicios.

Servicio	Descripción
Alimentación	Alimentación balanceada de acuerdo con la indicación médica —desayuno y comida—, considerando su actividad física para una buena nutrición y control de sus enfermedades, supervisándose su ingesta.
Estimulación cognitiva	Fortalecimiento de las capacidades de aprendizaje a través de actividades lúdicas como movimientos corporales, musicales, caras y gestos, asociación de palabras, uso del dinero, juegos de números, acertijos y adivinanzas.
Eventos	Eventos cívicos, festejos y conmemoraciones sociales para fomentar la memoria cívica, la convivencia y las relaciones sociales.
Manualidades	Favorecen la destreza manual, la rehabilitación y la creatividad: reciclado, cerámica, pintura, carpintería o juguetería, entre otras.
Promoción de la salud	Charlas sobre educación sanitaria enfocadas a mejorar la esfera biopsicosocial de los AM con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y socialización.
Reactivación física	Programa que considera las capacidades físicas y necesidades del AM para mejorar su fuerza y arcos de movimiento articular, su ansiedad, estrés y sobrepeso —en caso de existir—, reforzando su autonomía.
Socialización y aprendizaje	Caminata, baile, juegos al aire libre, jardinería, cine club, canto, taller de lectura y escritura son acciones que los AM eligen realizar para su beneficio físico y mental, lo que les permite tener estabilidad emocional, esparcimiento, socialización y motivación.

La tabla 10 sintetiza la oferta de servicios propuesta por el INAPAM para sus centros de día. Fuente. Elaboración propia a partir de INAPAM, s/f.

Por su parte, Salgado & González (1999), proponen la siguiente distribución de servicios, incidiendo en una estricta supervisión de las mismas por personal especializado con el propósito de percibir los cambios que puedan producirse en el usuario [v. tabla 10].

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

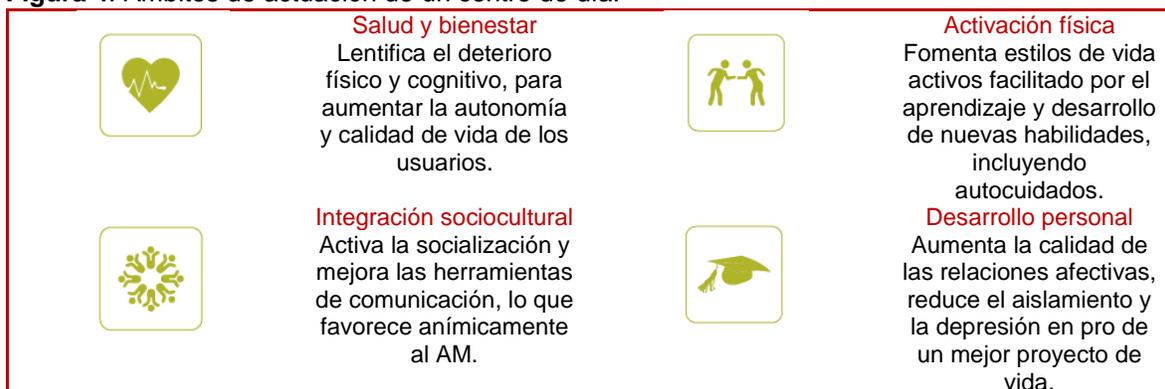
Tabla 11. Oferta de servicios.

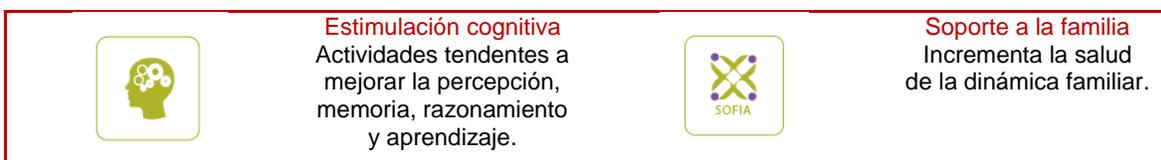
Servicios Básicos	Servicios especiales	Servicios complementarios
<ul style="list-style-type: none"> * Transporte adaptado y supervisado domicilio-centro-domicilio. * Alimentación y nutrición adecuada a las condiciones físicas del usuario. * Higiene y aseo personal. * Supervisión y promoción de la salud. * Actividades sociales y recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Programa de asistencia sanitaria: control y supervisión de tratamiento médico, higiene y dieta. * Programa de terapia ocupacional: psicomotricidad, mantenimiento físico, terapia recreativa y ludoterapia. * Programa de relaciones sociales y animación sociocultural: información y formación cultural, participación socio-comunitaria, voluntariado, uso del tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> * Peluquería. * Podología. * Biblioteca. * Coro, etc.

La tabla 11 sintetiza la oferta de servicios propuesta por Salgado & González (1999) para centros de día. Fuente. Salgado & González (1999).

Independientemente de la naturaleza de las actividades ofertadas, éstas deben generar beneficios para el usuario como para la familia. En el primer caso, ayudan a disminuir la depresión y el aislamiento, contribuyen a la creación de proyectos de vida, mejoran la condición física del usuario y su pérdida de memoria. En relación con la familia, facilitan la organización de sus actividades, ofrecen información actualizada sobre el tratamiento y cuidado del AM y asesoría en situaciones difíciles, contribuyen a reducir los gastos médicos y, con frecuencia, a prevenir accidentes domésticos (Hernández, 2015). En cualquier caso, la planificación y distribución de los servicios de atención de los AM deben dar respuesta a sus necesidades específicas, independientemente del grado de funcionalidad e independencia de los mismos, de forma que cada uno de los usuarios del centro, satisfechas sus expectativas, pueda encontrar a su paso por el mismo mejoras sustantivas a su calidad de vida (Meridiam.mx, s/f; Hernández, 2015; Salgado & González, 1999; INAPAM, s/f).

Figura 4. Ámbitos de actuación de un centro de día.





La figura 4 sintetiza, a modo de ejemplo, un esquema de los ámbitos de actuación de un centro de día, en pro de lograr un mejor equilibrio biopsicosocial de sus usuarios y familia. Fuente. (Grupo Meridian, s/f). Formato modificado.

3.3 La ética en la atención del AM

3.3.1 Nuevos dilemas en la ética de la vejez

Moratalla (2000), considera que los dilemas éticos derivados de la atención a los AM no pueden resolverse mediante esquemas éticos predeterminados aplicables a cualquier generación etaria ni mediante las conclusiones extraídas a partir del estudio de casos para establecer una reflexión general sobre los procesos naturales del envejecimiento, sino desde la consideración de la vejez como una realidad compleja y dinámica que requiere de teorías éticas propias fundamentadas en convicciones morales básicas que otorguen al *ethos* la oportunidad de dignificar no sólo la vida moral de las familias, sino la calidad de las instituciones y servicios socio-sanitarios. En la misma línea de pensamiento, García (2003) amplía lo expuesto por Moratalla (2000) al afirmar que la relación entre ética y vejez es una materia compleja que no sólo representa un nuevo hándicap para los sistemas sociosanitarios sino para la propia estabilidad del AM y su familia.

Adicionalmente, cabe señalar que se ha producido un desfase entre la modernización de la atención sociosanitaria y la modernización de las creencias (Moratalla, 2000; García, 2003; Torralba, 2003) mismo que ha derivado en la judicialización de la vida sociosanitaria, es decir, en la recurrencia a las leyes, las normas y los tribunales para resolver los conflictos entre los profesionales del cuidado y los ciudadanos (Moratalla, 2000). Se trata de un concepto tradicional de vejez asociado a estereotipos de acuerdo con los cuales los AM se perciben como *jurídicamente ignorantes, familiarmente aislados, administrativamente vulnerables y sanitariamente olvidados* (Román, 2010). Lo que, en términos simples, significa que el AM ha dejado de ser un sujeto de derecho para convertirse en un objeto del derecho y, por ende, pierde la calidad de usuario de los sistemas sociosanitarios para convertirse en paciente de los mismos (Moratalla, 2000; Román, 2010). En una línea de pensamiento parecida, Trejo (2005), señala que dicho

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

desfase genera una serie de dilemas éticos derivados de la tecnología aplicada al término de la vida y a la justicia distributiva, que vuelve asimétrica la condición de los AM, por lo que la sociedad debe exigir que la asistencia sociosanitaria *contemple el consentimiento de los afectados en condiciones de información y simetría* (Román, 2010), es decir, donde los derechos del AM primen sobre cualquier otra consideración en términos de equidad e igualdad de oportunidades.

Se trata, entonces, de una consideración de la ética social fundamentada en la igualdad de atención, la uniformidad en los servicios y la estandarización del cuidado, sobre la que las instituciones públicas han construido modelos de atención más interesados en el cumplimiento de las políticas públicas alusivas que en la calidad del servicio. Por lo que respecta a las instituciones privadas, se ha prestado mayor atención a las oportunidades de negocio con la salud pública de los AM que a las oportunidades de servicio integral a los mismos. Lo que coincide con la valoración de Arismendi (2008) al señalar las carencias de los profesionales actuales —independientemente de su giro laboral— más interesados en la constitución de las prácticas sociales, y en la sedimentación de las estructuras de relaciones humanas, que en su capacidad de discernir racional y éticamente cuándo la aplicación de su conocimiento específico puede ser contrario a una ética o a un bien común determinado. En términos simples: la eficiencia prima sobre la eficacia, lo que a juicio de García (2003), plantea una serie de cuestiones éticas que se irán incrementando a lo largo de los años y que obligatoriamente deberán ser tratadas para evitar que *este colectivo poblacional quede sometido a todo tipo de arbitrariedades*, por lo que en materia de asistencia sociosanitaria *se precisa tanto de la teorización como de la praxis de un armazón ético lo suficientemente consolidado y consensuado*, para abordar los problemas reales de la PAM desde una perspectiva lo más humana posible, lo que retomando a Moratalla (2000) significa que el AM debe de conquistar nuevamente el rol de sujeto en la práctica asistencial.

Este desfase entre la ética asistencial y la aplicación práctica de la misma coincide con la teoría de Torralba (2000) sobre la doble dimensión de cualquier praxis profesional —incluyendo la de la atención sociosanitaria al AM—: una dimensión exterior, de tipo operativo, fundamentada sobre una dimensión interior, de tipo teórico, que la complementa. Así, la atención asistencial al AM es una praxis profesional centrada en el bien, en el acompañamiento y la asistencia a las vulnerabilidades que por su condición

etaria presenta el AM, potenciando en la medida de lo posible su autonomía como ser humano, a través de una serie de normas de actuación y convicciones prácticas (García, 2003) del profesional asistencial que constituyen el marco ético de su praxis profesional, tendente al cumplimiento del:

Ideal de felicidad, de convivencia, de solidaridad, de sentido existencial o de cualquier otra categoría moral que recoja o agrupe los principales anhelos y aspiraciones del [... AM como] ser humano (García, 2003).

En síntesis, y a juicio de Goitkoetxea (s/f), la sociedad actual atraviesa un momento de pluralismo moral en el que no resulta sencillo acordar qué se debe y qué no se debe hacer en el ámbito de la atención al AM. Por su parte, Trejo (2005), señala que al hablar de la atención al AM debe considerarse una ética aplicada, práctica, enfocada primero en el AM y, posteriormente, en sus circunstancias:

No hace falta extenderse para entender que es muy diferente la situación de un anciano intelectual y físicamente competente, capaz de elegir y actuar, que la de aquél que no tenga estos atributos. Ni tampoco es lo mismo el viejo que tiene un respaldo económico que aquél que es dependiente de otros para subsistir. Ni siquiera el prestigio previo que haya gozado es garantía para poder afrontar mejor el ocaso de la vida (Trejo, 2005).

Lo que, en términos de Román (2010) significa la necesidad de dar un servicio que contemple los mínimos cívicos porque es desde la justicia y el reconocimiento del respeto que la dignidad personal del AM merece que es necesario garantizar la asistencia a estas personas más allá del burocratismo, la buena voluntad y el paternalismo que, con frecuencia, incurre en mecanismos y prácticas de hiperprotección más próximas al despotismo que a la autonomía y la funcionalidad que prima en los nuevos perfiles del AM.

Lo anterior, considerando que la PAM es el grupo etario que mayor cantidad de dilemas éticos genera y que, éstos, pueden magnificarse o minimizarse dependiendo de una buena praxis sociosanitaria; dilemas que, por otra parte, deben ser siempre resueltos anteponiendo el bien de la persona atendida frente a cualquier otro (Clerencia et al s/f; Ilunion Sociosanitario, 2014) en el marco de unos servicios sociosanitarios integrales, multidisciplinares, justos y accesibles, centrados en los individuos y en el respeto a sus

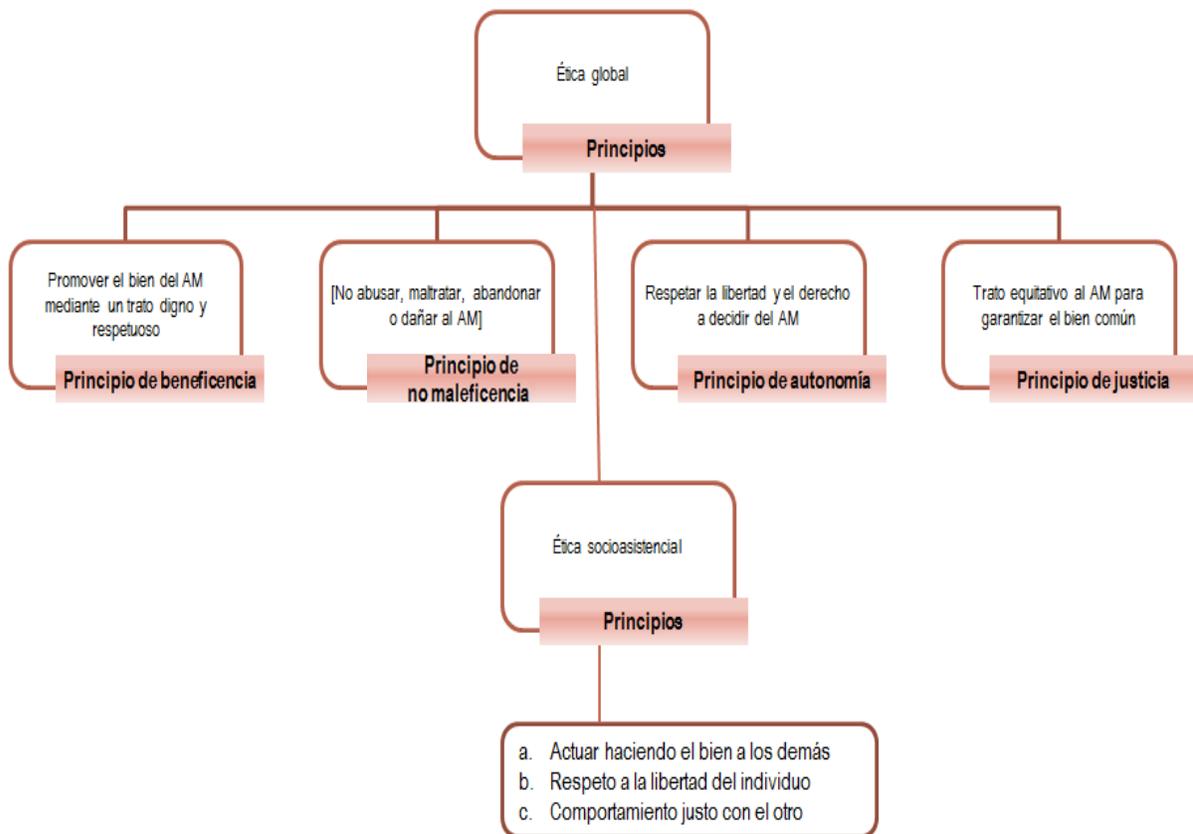
APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

opiniones o preferencias, en un espíritu de solidaridad entre las generaciones, la familia y comunidad.

3.3.2 Principios de la ética sociosanitaria

Toda teoría ética se construye sobre principios esenciales que sustenten la toma de decisiones y la deliberación moral; pautas de actuación que sostienen la conducta personal y el ejercicio profesional, derivadas de cuatro principios: principio de beneficencia, principio de no maleficencia, principio de justicia y principio de autonomía, (T. Beauchamps y J. Childress, 1958), sobre los que se ha construido una ética global con un lenguaje común, que en términos de cuidado socioasistencial del AM García (2003) reformula tal y como se expresa en la figura 5.

Figura 5. Reformulación de principios éticos globales a la asistencia del AM.



La figura 5 muestra como los cuatro principios esenciales de la ética se reformulan en las tres pautas de actuación que sostienen la ética asistencial. Fuente. Elaboración propia, basada en García (2003).

A partir de estos cuatro principios: Actuar haciendo el bien a los demás, respeto a la libertad del individuo y comportamiento justo con el otro, que García (2003), explica el paso de la ética global a una ética de mínimos aplicable a la asistencia sociosanitaria del AM, misma que describe como la común aceptación de unas exigencias mínimas o deberes de justicia elementales y universalmente aceptados y fundamentados sobre la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, las distintas constituciones nacionales y los códigos deontológicos propios de toda profesión.

3.3.2.1 Principio de beneficencia (de veracidad)

El principio de beneficencia estipula la obligación de actuar siempre en bien del AM, desde el respeto y la promoción de sus legítimos intereses, la búsqueda de la mejor calidad de vida objetiva esperable en relación a su salud, su bienestar —personal, físico y emocional— y su desarrollo social. Para que la actuación asistencial beneficie y no perjudique debe ser útil tanto al AM como a la familia y a la propia sociedad. Este principio expresa la finalidad de la asistencia, la intención fundamental de acompañamiento y cuidado del otro que debe primar no sólo en el área sociosanitaria sino en cualquier ámbito de la vida desde la más básica de las concepciones del humanismo (García, 2003; Paniagua, 2015).

3.3.2.2 Principio de no maleficencia (de vulnerabilidad)

El principio de no maleficencia expresa el cumplimiento de un deber y el ejercicio de un derecho de los profesionales sociosanitarios de abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar al AM atendido, lo que implica el desarrollo de la capacidad de anticipar los problemas o males que pueden derivarse de la actuación profesional, así como de realizar las intervenciones benéficas para el mejor desarrollo del AM, evitando aquellas que puedan ser causantes de daño o riesgo de daño para éste (García, 2003; Paniagua, 2015). Sócrates decía “*Primum non nocere*” es decir, primeramente no hacer daño y no quieras para otros; lo que no quieras que te hagan a ti.

3.3.2.3 Principio de autonomía (de libertad)

El principio de respeto y promoción de la autonomía personal potencia la toma de decisiones del AM sobre cualquier aspecto de su proyecto vital, así como su derecho a tener y expresar opiniones propias, a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

sus valores, creencias y proyectos de vida. Considera al AM no como paciente sino como agente de las decisiones sobre sí mismo y sus intereses, siempre y cuando éstas no supongan daño personal, a terceros, o al conjunto de la comunidad de convivencia; es decir, siempre y cuando dichas decisiones no entren en conflicto con el principio de beneficencia, el respeto a los otros y al conjunto de la sociedad (García, 2003; OPS, 2014; Paniagua, 2015).

Al respecto, Paniagua (2015) señala que la aplicación de este principio supone el reconocimiento de una triple capacidad en el AM:

- Es lo ontológico a la capacidad de querer hacer o conseguir algo, conseguir algo que mejore sus condiciones de vida.
- Capacidad de saber, es decir, de contar con información necesaria y suficiente para poder seleccionar una alternativa pertinente y prever las consecuencias de sus decisiones.
- Capacidad de poder, es decir, de contar con las habilidades necesarias para llevar a cabo su decisión.

El principio de autonomía está estrechamente ligado a los conceptos de motivación, autoestima y empoderamiento del AM, pero, también a su derecho a la confidencialidad y al del consentimiento informado. En el primer caso, la confidencialidad es una de las obligaciones prioritarias de los profesionales dedicados al cuidado del AM, cuyo deber es custodiar la intimidad de sus usuarios al preservar de cualquier intromisión la información sensible de los mismos. Por lo que respecta al consentimiento informado, es obligación de los profesionales sociosanitarios ofrecer al AM la información necesaria y suficiente sobre cualquier proceso de intervención que pueda afectarle directa o indirectamente, con el propósito de que pueda tomar decisiones informadas sobre el mismo. Paniagua (2015) indica que la información ofrecida al AM *debe de expresarse en lenguaje claro, omitiendo tecnicismos, para que el mayor entienda la información que se le da*. Señala, asimismo, que el proceso de consentimiento informado implica una tríada de factores en el AM:

- Consentimiento del AM a partir de la información ofrecida, lo que le permitirá conocer la intervención profesional que se cuestiona, sus posibles alternativas, sus resultados y las consecuencias de su decisión

- Voluntariedad, entendida como la obtención del consentimiento de forma libre y no coaccionada.
- Competencia mental para decidir.

3.3.2.4 Principio de justicia (de equidad)

El principio de justicia refiere a la igualdad o equidad que debe regular la vida cotidiana de los centros asistenciales, evitando toda forma de discriminación para minimizar las situaciones de desigualdad ideológica, social, cultural, económica, física, sexual, etc., además de, en su caso, distribuir los recursos de forma equitativa entre los usuarios con necesidades similares. En otros términos, se trata del reparto justo de los bienes según normas y criterios de distribución que han de respetarse con el propósito de establecer un equilibrio entre las necesidades, las exigencias y las expectativas de unos y de otros (García, 2003; Paniagua, 2015), con el propósito de crear espacios:

- Abiertos a todos.
- Iguales para todos.
- Accesibles para todos.
- Con una distribución justa de los recursos.
- Donde se minimicen las diferencias (Paniagua, 2015).

Los cuatro principios enunciados permiten potenciar una actividad profesional ética destinada a fomentar y desarrollar la dignidad de la persona (Ilunion Sociosanitario, 2014; Martínez 2011) sí y sólo sí se entienden y practican de modo conjunto, sin exclusión de ninguno de ellos (García, 2003; Martínez, 2011; Paniagua, 2015).

3.3.2.5 Dilemas éticos derivados de los principios esenciales

De los principios esenciales previamente enunciados se derivan dilemas éticos, es decir, problemas morales que se presentan a la hora de tomar decisiones relativas a la atención del AM, algunos de los cuales aparecen recogidos en la tabla 12.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Tabla 12. Dilemas éticos desprendidos de los principios esenciales de la ética.

Principio de beneficencia	Principio de no maleficencia
<ul style="list-style-type: none"> * Decisiones de sustitución y sus límites. * Tutela y curatela. 	<ul style="list-style-type: none"> * Abusos y malos tratos. * Encarnizamiento terapéutico. * Eutanasia y suicidio asistido. * Cuidados paliativos.
Principio de autonomía	Principio de justicia
<ul style="list-style-type: none"> * Información, veracidad y consentimiento. * Intimidad, privacidad y confidencialidad. * Voluntades anticipadas, testamento vital. * Valoración de la competencia del AM para la toma de decisiones. * Ingresos y tratamientos involuntarios. 	<ul style="list-style-type: none"> * Discriminación sociosanitaria: ageísmo. * Distribución de recursos. * Restricción de derechos.

La tabla 12 muestra los dilemas éticos que con relación al cuidado y atención del AM se desprenden de los principios esenciales de la ética. Fuente. Goitkoetxea (s/f).

Para entender la importancia de los dilemas contenidos en la tabla anterior, debe retomarse el concepto de deontología, es decir, el corpus de deberes y obligaciones de una profesión específica considerados desde los principios básicos de la actuación profesional, pero también desde los valores o pautas sobre las que se construye el marco de referencia ético por el que los trabajadores deben regirse a la hora de ejercer su profesión. Así, los médicos, terapeutas, administradores o asistentes sociales dedicados a la atención del AM deben partir de la salvaguarda de la dignidad de los individuos, del derecho al respeto, la privacidad y la confidencialidad de los mismos, es decir, de estrategias acordes a los nuevos perfiles poblacionales que, evidentemente, requieren de nuevos esquemas éticos y morales.

Además de los cambios producidos que obligan a adaptarse, constatamos la necesidad de provocar cambios, porque las formas habituales de actuar, las morales, también se nos quedan obsoletas (Román, 2010).

Los profesionales dedicados a la atención del AM tienen por objetivo facilitar la relación entre las personas y el medio social, desde presupuestos de atención integral, equidad, justicia y solidaridad, dado que en el ámbito de la atención al AM sólo es ético aquello que contribuye y es compatible con una vida humana vivida con la mayor plenitud posible (Paniagua, 2015). En este contexto, la perspectiva ético/deontológica es prioritaria para el mejor ejercicio profesional de terapeutas, cuidadores, animadores, psicólogos, administradores y de cualquier otro trabajador que ejerza su labor en centros de asistencia y cuidado al AM; es, junto con su saber profesional, la praxis directa y unos

recursos no siempre suficientes, una herramienta relevante del ejercicio sociosanitario que, apoyado en ella, se vuelve más sólido, más humano y más comprometido con las necesidades del AM, en tanto que propicia la cercanía, la consideración positiva y el respeto.

En este contexto, los trabajadores dedicados a la atención del AM pueden enfrentar a lo largo de su cuidado dilemas o paradojas éticas, derivadas de la percepción que el AM tiene de sí mismo frente a la percepción que de él y del proceso de envejecimiento tienen los demás, especialmente a la hora en que dichos profesionales deben de tomar decisiones profesionales en las que debiera de prevalecer siempre el respeto a la integridad ética —dignidad, intimidad, confidencialidad, capacidad, consentimiento informado— del AM y pautas de actuación prácticas del profesional.

4. Consideraciones éticas para un nuevo modelo de centro de día

La inclusión de la ética en la atención del AM se legitima a través de la mejora de la calidad en el cuidado prestado a los individuos, a través de la integración de valores que velan por la salvaguarda de la funcionalidad y la autonomía de quienes son atendidos, pero también por sus derechos de privacidad, intimidad, información y participación en la toma de decisiones que pudieran afectarles, desde una óptica de respeto (Goitkoetxea, 2011).

4.1 Consideraciones generales

El cambio en las estructuras poblacionales, sociales y familiares ha condicionado que un porcentaje importante de los AM, funcional e independiente, requiera de espacios de socialización que contribuyan a mantener su independencia y calidad de vida, respetando su independencia y funcionalidad, lo que implica la necesidad de nuevos perfiles de organizaciones sociosanitarias *social y económicamente aceptables* (Domínguez, 2003). Cabría entonces, en primer término, analizar qué tipo de cambios han afectado al ámbito de la atención del AM.

*** Cambios en la medicina**

La vida del AM lleva aparejada padecimientos médicos, con frecuencia crónicos, que pueden afectar en diversos grados su funcionalidad —diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias, entre otras— y que, además de los tratamientos médicos requieren frecuentemente del acompañamiento profesional de otras disciplinas —trabajo social, fisioterapia, psicología—, por lo que más que curativa la atención de dichas patologías es sociosanitaria con enfoque interdisciplinar.

*** Cambios en el tipo de patología**

Debido al progreso tecnocientífico y económico generado por la sociedad del bienestar, algunas enfermedades consideradas tradicionalmente mortales han cambiado su estatus a crónicas, incrementando la esperanza de vida de los AM, alargando los tiempos en que el AM requiere asistencia sociosanitaria y, por tanto, la necesidad de generar nuevas alternativas en los modelos de centros de atención.

*** Cambios sociales**

La inserción de la mujer en el universo laboral ha trasladado el cuidado y atención del AM a espacios externos al hogar familiar; espacios que funcionan en un entorno multicultural,

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

obligándose a explicitar los valores que subyacen tras el significado de conceptos comunes —higiene, comida o intimidad, entre otros—, e incrementando el grado de complejidad de los servicios que ofrecen.

* **Cambios en la hospitalidad**

Aunque la estancia en los centros de atención diurna pueda calificarse como temporal, requiere una forma de hospitalidad determinada en relación con el cuidado de los usuarios en un entorno amable, con trato y servicios igualmente amigables, enfocados en modelos de relación interpersonal entre los empleados del centro y sus usuarios.

Es, desde este contexto cambiante y complejo, que se requiere actualizar los mecanismos de actuación de los centros de atención diurna con el propósito de asegurar el mejor cuidado de los AM funcionales e independientes, a través de la implementación de estrategias sustentadas en una ética cívica tendente a la promoción de las mejores prácticas y del desarrollo de actividades que contribuyan a dignificar y humanizar desde el respeto la interacción con el sector etario atendido (Gómez, 2009; Muñoz, 2004; Román, 2010; Domínguez, 2003). Ello implica, asimismo, reconocer y, en la medida de lo posible, minimizar aquellos factores de riesgo que pudieran contribuir a generar situaciones abusivas, denigrantes o de negligencia capaces de vulnerar los derechos de los usuarios de estos centros; implica, así mismo, priorizar la calidad asistencial sobre la rentabilidad económica (Gómez, 2009). Todo centro de atención diurna que desarrolle sus actividades con base en los principios de la ética y el humanismo requiere, en primer término, de la presencia y el compromiso de personal altamente sensibilizado con la problemática multifactorial que afecta al segmento poblacional atendido cuya situación laboral debe considerarse cuidadosamente en relación a aspectos como a la racionalidad en la carga de trabajo; la adecuación salarial y la flexibilidad administrativa, entre otros (Muñoz, 2004). Precisa, además, de recursos materiales suficientes para otorgar la debida atención a sus usuarios, asegurando de este modo la mejor praxis profesional. Ambos factores asegurarán no sólo la estabilidad de la plantilla y su competencia profesional, sino el cumplimiento de parámetros de calidad e idoneidad en el desarrollo de sus actividades (Gómez, 2009, Muñoz, 2004). En la misma línea de pensamiento, pero desde la perspectiva contraria, Tabueña (2006), indica los factores que deben eliminarse en las organizaciones asistenciales para asegurar dichos parámetros:

Masificación, cambios frecuentes de personal, déficits de formación, ratio de personal insuficientes, déficits de la estructura del edificio y la distribución de los espacios, deficiencias en la estructura organizativa del centro, trabajo mal remunerado, falta de mobiliario y ayudas técnicas, falta de cobertura de las bajas, laborales, falta de un programa de actividades acumulativas y adecuadas para los residentes (Tabueña. 2006).

La atención del AM basada en esquemas éticos y humanistas debe implicar, igualmente, el alejamiento de los esquemas asistencialistas y burocráticos utilizados tradicionalmente por las políticas públicas en favor del desarrollo de redes, servicios y entornos personales, además de intervenciones colectivas con propósitos de incrementar la autonomía personal, la activación comunitaria y la autogestión social de la PAM (Diputación Foral de Bizkaia, s/f). Desarrollos de actuación que únicamente podrán alcanzarse a través de la promoción de medidas que faciliten y potencien las estructuras familiares y comunitarias que concilien todas las facetas vitales de este sector poblacional, favoreciendo la autonomía personal, la integración social y *la búsqueda de sinergias entre los derechos sociales garantizados por las administraciones públicas y responsabilidades sociales ejercidas por la ciudadanía* (DFB, s/f). No existe, para ello, una fórmula universal, pero sí diversas combinaciones de desarrollos y mecanismos de actuación:

Diferentes tipos de estrategias asociativas y cooperativas, altruistas o mutualistas, más o menos formalizadas, la innovación y diversificación constante en cuanto a formatos y contenidos de los servicios y prestaciones sociales [... para procurar] un nuevo equilibrio entre el apoyo formal e informal con propósitos de preservar y generar capital y tejido social, sin sustituir a las familias ni a la iniciativa social en aquellas funciones que realizan o pueden realizar adecuadamente (Diputación Foral de Bizkaia DFB, s/f).

4.2 La ética organizacional en los centros de día

Cualquier centro de atención sociosanitaria, incluyendo los de atención diurna es, ante todo, una organización y, como tal, debe sustentarse en esquemas éticos organizacionales que, en el caso que nos ocupa, se asocian igualmente a fines legitimadores, esto es, dirigidos al servicio de la calidad en la atención y cuidado del AM. Desde esta perspectiva tanto la propia organización como quienes laboran en ella deben entender la calidad de la funcionalidad como un conglomerado de factores que impactan sobre el bienestar de sus usuarios, entre ellos:

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

Satisfacción del usuario, estado del conocimiento de los profesionales, valoración por parte de los propios profesionales de los servicios que ofrecen, estado de la investigación, posibilidades que ofrece la organización desde sus recursos limitados, eficacia lograda, etc. El profesional de los servicios sociales tiene que estar al día en el conocimiento en su materia —legislación, terapias—, debe ser una fuente fidedigna de información sobre dicho conocimiento y debe hacer justicia al tratar a los pacientes y sus familias (Román, 2010).

La finalidad que legitima la ética de cualquier organización es también la calidad del funcionamiento del servicio que, a través de sus profesionales rinde a la sociedad, lo que en términos de Román (2012) significa que:

Pretende orientar el buen hacer de los profesionales, aludiendo a los bienes intrínsecos que el ejercicio de su actividad proporciona tanto a los usuarios de los servicios (en nuestro caso la asistencia sanitaria) como a los mismos profesionales (satisfacción del ansia de saber, satisfacción por el trabajo bien hecho). Dentro del marco reflexivo sobre las finalidades (bienes), deberes y derechos de un sector profesional, pueden explicitarse un conjunto de normas y obligaciones concretas que vinculen a un colectivo de profesionales en un momento histórico determinado; surgen así los códigos deontológicos. Tal código deontológico está sometido al cambio y, al no ser un código jurídico, sino moral, no puede imponerse por coacción externa forzando la conciencia de los individuos que lo deben asumir (ética no es Derecho) (Román 2012).

De este modo, aun cuando la ética en la atención sociosanitaria al AM tenga por propósito la calidad de dicha atención, no puede en modo alguno imponerse, por lo que alcanzar parámetros de excelencia requiere un alto nivel de compromiso de los profesionales que laboran en los centros de atención: *para hacerlo bien, para atender excelentemente [...], hay que querer hacerlo; la excelencia no se puede imponer* (Román, 2012), es decir, el trabajador asistencial debe trascender el código deontológico de su profesión para involucrarse en prácticas de mejora continua en función de los recursos y las posibilidades de que disponga. Es, por tanto, una cuestión de *motivación, vocación y placer* (Román, 2012). Sin embargo, y dado que los centros de atención diurna reúnen a profesionales de varias disciplinas —con códigos deontológicos igualmente diversos— y a usuarios de diversa procedencia sociocultural, es responsabilidad de la funcionalidad de la organización, consensuar a través de la ética organizacional el modelo de atención por el que todos deberán regirse (Román, 2010, 2012). Desde esta perspectiva, corresponde también a la ética organizacional ocuparse de la profesionalización de quienes laboran en

el centro de atención y ofrecer, en contrapartida, el adecuado reconocimiento a su valía como una forma de incrementar tanto su credibilidad como la confianza de los usuarios en el personal que los atiende porque, *en el fondo, todo intercambio de servicios reside en la confianza, principal recurso moral de toda relación interpersonal* (Román, 2010). Al profesional de la atención le corresponde, entonces, mejorar las condiciones de vida de sus usuarios como responsable de la aplicación de la normativa, de actuar con diligencia en vez de negligencia, de fomentar el bienestar, de minimizar las posibilidades de crear situaciones de dependencia del usuario ya sea respecto a la organización o a los profesionales que en ella laboran (Román, 2010, 2012). Todo lo cual permite considerar al funcionamiento de la organización en general y, de modo particular a la de carácter sociosanitario, como un agente moral cuya ética organizativa requiere:

1. Trabajar por un *ethos* corporativo que explicita el propósito vertebral de la entidad a partir del modelo de atención¹² por el que se rige y al que deben adaptarse los diferentes códigos deontológicos de sus profesionales.
2. Un código ético entendido como el instrumento *para conocer los valores y desde el cual concretar el tipo de acciones y procesos que la organización espera de su personal* con relación a los problemas y retos que deben afrontarse, los recursos con que deben gestionarse y el compromiso de la totalidad de la funcionalidad de la organización para enfrentarlos.
3. Democracia participativa como herramienta de resolución de conflictos, mismos que deben ser entendidos como *síntoma de creatividad y de confianza en el cambio y la mejora* (Román, 2010, 2012).

Cuando los tres factores anteriores confluyen debe generarse un clima de coherencia profesional que incremente el nivel de compromiso e implicación profesional de los integrantes de la entidad, de modo que puedan conciliarse las éticas profesionales individuales con la ética organizacional colectiva; la formación técnica de los profesionales con los valores que representa la entidad; la mirada plural de la organización con el *respeto de las peculiaridades individuales de los usuarios dentro de los mínimos que garanticen la seguridad y dignidad* de todos y cada uno de los usuarios atendidos, otorgando la debida importancia no sólo a los individuos sino también a sus circunstancias particulares. Todo lo cual debería repercutir en una atención de trato amable, con tacto,

¹² Ya sea éste centrado en la persona o en el servicio.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

en la que el AM sea objeto de la atención de la funcionalidad del personal de la organización y no sometido a ella; sujeto activo y no agente pasivo de su propia visión vital. En términos simples, la atención al AM debe ofrecerse desde la visión personal del individuo y no desde la proyección que de dicha visión tiene el profesional que lo atiende. Asimismo, siempre que sea posible, debe sustituirse el exceso de regularidad en hábitos y actividades, la homogeneización y la despersonalización —*siempre lo mismo*— en favor del trato diferenciado (Román, 2010, 2012).

4.3 La ética asistencial en los centros de atención diurna

Como se ha expuesto previamente, los centros de atención diurna para el AM funcionalmente válidos distan mucho del concepto tradicional de los asilos y residencias para AM dependientes, en relación con la sistematización y gestión de los recursos, pero, también, en cuanto a la profesionalización de sus integrantes, la diversidad de sus servicios y la calidad técnica de sus intervenciones (Adavir, 2016). El modelo de atención centrado en las personas asegura el desarrollo del bienestar de los usuarios del centro, otorgándole el rol de protagonista activo además de un trato permanente, digno y cercano. Lo anterior propiciado por una toma de decisiones éticas en el desempeño cotidiano de la entidad, tanto de los profesionales de atención directa, como de los equipos técnicos y de la propia dirección. Decisiones, con frecuencia, difíciles de consensuar entre los diferentes profesionales debido a los numerosos dilemas que deben afrontar para garantizar las mejores prácticas en el cuidado del AM, para *asegurar el respeto y cumplimiento de los derechos y a la dignidad de todas las personas implicadas en los procesos de atención* (Adavir, 2016). Por ello, es crucial establecer espacios de reflexión para solventar estos debates éticos, así como desarrollar, a nivel organizacional, que tanto la misión como los objetivos de la entidad incluyan en su redacción el aseguramiento de la calidad bajo criterios éticos.

4.3.1 Misión y objetivos de un centro de día bajo criterios éticos

Ante la realidad actual y futura, en la que un enorme porcentaje de la población será considerada AM, los centros de atención diurna deberán adaptarse a los cambios estructurales de la PAM y a los nuevos perfiles de los integrantes que la conforman, implicándose y anticipándose a las transformaciones sociodemográficas para crear entornos favorables acordes a esta nueva realidad. La misión de los centros de atención diurna debe contener, en su redacción, todos los factores citados, por lo que se ha

adaptado, a modo de ejemplo, la de la Diputación Foral de Bizkaia (s/f) a un contexto de atención de adultos funcionales e independientes.

Asumir el envejecimiento como oportunidad, generando y favoreciendo las condiciones óptimas para un envejecimiento funcional, activo y saludable, desde el reconocimiento a la heterogeneidad de las necesidades y deseos de los adultos mayores, así como con el valor intrínseco que su participación y contribución tienen para la sociedad.

Por lo que respecta a los objetivos, podrían considerarse, entre otros, los siguientes:

- Ofrecer una alternativa de convivencia y atención acorde con las necesidades de los AM funcionalmente válidos.
- Conocer, a través de procedimientos de valoración integral efectuados por equipos interdisciplinarios, las capacidades y necesidades físicas, psíquicas, sociales de los usuarios atendidos.
- Ofrecer la atención personalizada requerida por los usuarios para desenvolverse en la vida diaria, a partir de un plan general de intervención y de planes personalizados, para lograr un adecuado nivel de satisfacción y bienestar que impacte positivamente en su calidad de vida.
- Mantener e incrementar las capacidades, competencias y relaciones sociofamiliares de los usuarios, a partir de la creación de espacios de promoción y desarrollo personal y grupal.
- Mantener y promover la relación del centro y de sus usuarios con la comunidad en que se ubican.
- Prevenir el deterioro físico, psíquico y/o funcional o la disminución de la interacción social, propiciando programas de estimulación y actividades sociales, acordes a las expectativas y necesidades del usuario. etc.
- Ofrecer a través de un equipo de profesionales competentes, organizados interdisciplinariamente, una atención profesional, personalizada y humana complementaria a la relación sociofamiliar del usuario.
- Promover al máximo, además de respetar, los derechos individuales y colectivos de los usuarios atendidos.
- Promover una imagen positiva de la vejez y de los colectivos atendidos.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

- Atender la problemática psicosocial de los usuarios favoreciendo la integración con sus pares y la optimización del uso del tiempo libre.
- Contribuir al establecimiento de nuevas redes sociales que estimulen el intercambio generacional y la extensión comunitaria (Lesturia, 2007; Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2016; INAPAM, 2010).

4.3.2 Estrategias para el cumplimiento de la misión y los objetivos

Desde la premisa y el reconocimiento del valor intrínseco de las personas mayores a la consideración de las mismas como un importante capital activo para la sociedad, la nueva realidad de la atención sociosanitaria del AM funcionalmente válidos, implica a la totalidad de los actores relacionados con su atención, mismos que desde esquemas éticos deberán redefinir las respuestas tradicionales a los dilemas éticos igualmente tradicionales con propósitos de generar nuevas y mejores oportunidades para el desarrollo de los proyectos vitales de los AM desde esquemas que favorezcan la independencia y autonomía de los mismos. El logro de tales fines sólo podrá alcanzarse a través del diseño e implementación de estrategias que deberán guiar la evolución de los centros de atención diurna para garantizar la satisfacción de las principales necesidades de este sector etario con los más altos niveles de calidad asistencial. Entre las estrategias a implementar pueden figurar las siguientes:

- Favorecer el desarrollo de oportunidades para que los AM tengan un propósito y puedan desarrollar sus proyectos vitales, en un ámbito formal o informal, entre amigos/as y la familia, dentro o fuera del mercado laboral, en un entorno en el que puedan sentirse útiles, respetados y reconocidos —como empleado/a, voluntario/a, mentor/a, emprendedor/a, asesor/a, cuidador/a, etc.—.
- Promover en los usuarios el sentimiento de bienestar, favoreciendo condiciones de vida saludables, que garanticen la continuidad de una vida funcionalmente activa y emocionalmente estable, desde el respeto a la autonomía decisoria del AM.
- Crear las condiciones necesarias para implementar o, en su caso, incrementar las redes socio-comunitarias de los usuarios, facilitando su participación solidaria en todas aquellas actividades sociales que pudieran ser de su interés (Lesturia, 2007; DFB, s/f).

Estrategias primarias que deberán ir asociadas a mecanismos que faciliten la integración del AM en el centro de atención diurna.

- Mecanismos de estimulación acordes al perfil de los usuarios, considerando sus características psicológicas y capacidades psicofísicas y sociales, con el propósito de fomentar la interacción, la orientación y el confort a través de un ambiente estructuralmente —decoración, música, mobiliario— y de mecanismos de comunicación y motivación individual y grupal.
- Mecanismos de orientación tempo-espacial asociados a los contactos y comunicaciones —carteles, dispositivos de estimulación ambiental de carácter orientador—.
- Mecanismos de apoyo psicoafectivo hacia los usuarios de la totalidad del personal con el propósito de alcanzar niveles de satisfacción y adaptación de los usuarios al centro de atención diurna.
- Mecanismos de promoción de autonomía física y salud mediante programas de psicomotricidad, activación física, paseos, deportes..., entre otros.
- Mecanismos de promoción de socialización, mediante el reforzamiento de comportamientos sociales intergeneracionales.
- Mecanismos de normalización e integración a través de actividades que no puedan ser identificadas como específicas para AM.
- Mecanismos de protección de la intimidad, autonomía, derechos y competencia decisoria (Lesturia, 2007; DFB, s/f).

4.3.3 Valores y principios

La misión, los objetivos y las estrategias citadas sólo podrán alcanzarse si el centro de atención diurna se rige bajo principios y valores determinados (Lesturia, 2007), explícitos y compartidos por la totalidad de los integrantes de la entidad para poder consensuar objetivos y desarrollar actuaciones concretas. Entre los primeros, el *Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región* (PICSAMR, 2014) señala los siguientes:

- Atención integral, capaz de cubrir las necesidades funcionales, psicológicas y sociales del usuario.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

- * Abandono del nihilismo terapéutico en la atención a los usuarios en favor de acciones sociosanitarias en pro del incremento de la calidad de vida.
- * Globalidad como eje de los procesos de atención.
- * Enfoque sistémico de los procesos de atención que facilite la interacción de los diversos componentes que lo constituyen —usuario, terapeutas, ambiente y contexto comunitario, entre otros—.
- * Enfoque interdisciplinar que conciba a la atención desde el concepto y metodología del trabajo interdisciplinar a través de la cual diferentes profesionales actúan bajo una filosofía, objetivos, metodología y actuaciones comunes referidas al mejor cuidado del usuario.
- * Praxis profesional sustentada en valores éticos y respeto a los derechos humanos del usuario.
- * Flexibilidad en el servicio para facilitar la adaptación del mismo a las necesidades específicas de los usuarios.
- * Apertura e integración comunitaria.
- * Especialización de la atención para facilitar la posibilidad de respuestas a las diferentes necesidades, dificultades o carencias de los usuarios.

Los citados principios deberán, a su vez, apoyarse en los siguientes valores:

- * Atención: Reconocimiento del derecho de los usuarios a disponer de los apoyos necesarios para desarrollar activamente su proyecto vital en cualquier contexto, comunitario o institucional, y a ser atendidas considerando sus preferencias personales.
- * Autonomía: Posibilidad del usuario para actuar y/o pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado y el acceso a los derechos materiales básicos de alimentación, vivienda, agua, ingresos, formación, transporte y seguridad física.
- * Elección: Posibilidad del usuario para elegir libremente entre varias alternativas.
- * Autorrealización: Reconocimiento del derecho de los usuarios a buscar oportunidades para desarrollar sus proyectos de vida, fortalecer sus capacidades, a contribuir y participar activamente en los contextos social, comunitario e institucional.

- Derechos: Mantenimiento de todos los derechos del usuario inherentes a su condición de ciudadano.
- Dignidad: Reconocimiento del valor intrínseco del usuario como individuo y sujeto de derechos, independientemente de sus circunstancias, desde la consideración y el respeto a su individualidad y a sus necesidades, asumiendo y valorando su singularidad, su diversidad y su multidimensionalidad, más allá de estereotipos relacionados con su estatus social, de salud o dependencia.
- Equidad: Reconocimiento de la igualdad de oportunidades de todos los usuarios a los derechos sociales, garantizando la universalidad en el acceso a los servicios y prestaciones.
- Inclusión: Promoción del desarrollo del proyecto de vida de los usuarios desde un enfoque comunitario, con la participación y en colaboración con otros usuarios intergeneracionalidad— y/o con el resto de agentes implicados —familia, comunidad, administraciones, iniciativa social, etc.—, desde la consideración de la realización de proyectos vitales en ámbitos comunitarios.
- Intimidad: Derecho de los usuarios a estar solos, a no ser molestadas ni sufrir injerencias en sus decisiones.
- Participación: Reconocimiento de las necesidades, capacidades y voluntades de los usuarios en la planificación y ejecución de las iniciativas o proyectos dirigidos a ellos, de su derecho a ser consultados acerca de las decisiones que les afecten directamente, habilitando los cauces para que este derecho pueda hacerse efectivo.
- Satisfacción: Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades del usuario en todos los aspectos de la vida cotidiana (Lesturia, 2007; DFB, s/f).

En este contexto, la misión, objetivos, valores y principios sobre los que se vertebra el actuar cotidiano de los centros de atención diurna, contribuirán a mantener y/o incrementar el estado de bienestar de los AM funcionalmente válidos que constituyen la población usuaria, a facilitar estrategias de vida saludable y, finalmente, a favorecer su participación en la sociedad. En otros términos, se cumple la pretensión de promover independencia, funcionalidad y autonomía de los usuarios a través de servicios, prestaciones e iniciativas específicas orientadas a impulsar un envejecimiento activo y saludable, a partir de la integración continua del AM en la vida social, económica, cultural,

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

espiritual y ciudadana, más allá del desarrollo —o no— de una actividad profesional por parte del usuario, además de fomentar la conexiones intergeneracionales como una vía fundamental para su mejor desarrollo. Se reconoce, asimismo, el saber y la experiencia que este segmento etario puede aportar al desarrollo social, lo que a su vez significa:

- * Impulsar la promoción de la independencia como vía para mejorar la autonomía personal, a través de la eliminación de barreras, tanto físicas como psicológicas o culturales —estereotipos— mediante mecanismos de apoyo que permitan compensar o paliar limitaciones en la actividad o restricciones para la participación ciudadana de los usuarios.
- * Asesorar a los usuarios sobre el acceso a las distintas prestaciones o servicios disponibles,
- * Orientar a los usuarios sobre cualquier aspecto técnico que pueda servir para mejorar su autonomía personal.
- * Eliminar los estereotipos existentes con relación a los AM desde el reconocimiento de las aportaciones que pueden efectuar a la sociedad —sensibilización, cuidado del discurso, desarrollo del autoconcepto, medios de comunicación, etc. —.
- * Impulsar nuevos modelos de centros de día orientados a la promoción de la autonomía personal, abiertos, flexibles, multifuncionales y adaptados a la diversidad de necesidades de los AM funcionalmente válidos.
- * Promover el asociacionismo de los AM funcionalmente válidos como vía de participación sociocomunitaria a través del impulso de actividades y del desarrollo de iniciativas de acercamiento intergeneracional en colaboración con el tejido asociativo de la comunidad en que el centro se ubica.
- * Promover y dinamizar cauces de interlocución para favorecer la intervención de los AM funcionales en el desarrollo de las políticas públicas que pudieran afectarles.
- * Impulsar el desarrollo de iniciativas en otros ámbitos de actuación ajenos al centro de atención diurna, con la finalidad de generar entornos, estructuras y sistemas favorables para el envejecimiento activo y saludable desde una perspectiva de innovación social como forma de encontrar nuevas respuestas interinstitucionales a la problemática de los AM (Diputación Foral de Bizkaia, s/f).

Lo anterior deberá contribuir a construir escenarios amigables en los que los AM puedan contar con herramientas de apoyo y promoción de estrategias de desarrollo en las

diversas dimensiones asociadas al envejecimiento en todos los ámbitos de actuación —empleo, participación, autonomía, la vida saludable y segura o adaptación del entorno, entre otros— a través de actividades innovadoras que favorezcan el *crecimiento inteligente, sostenible e integrador* de este sector etario.

4.3.4 Código de ética

La síntesis de todos los elementos descritos en puntos anteriores debe recogerse, en el ámbito organizacional, en el código de ética que rige su desempeño, considerando que la función de este elemento es sensibilizar al profesional sociosanitario para que se desenvuelva laboralmente bajo criterios de honestidad, legitimidad y moralidad, en beneficio de los usuarios del centro de día que están a su cuidado, sin vulnerar la legislación en la materia encargada de regular el ejercicio de las profesiones ni los contratos de prestación de servicios profesionales. Por otra parte, el sentido ético debe permear entre los profesionales que verdaderamente deseen contribuir al mejor desarrollo del AM a través de la aplicación de estándares tanto morales como sociales asociados a los factores racionales e intelectuales sobre los que se sustenta el ejercicio profesional y al entorno en el que se ubica la PAM atendida. La observación del código ético permite a los profesionales sociosanitarios encargados de la atención al AM regular su conducta a través del respeto de aquello que se considera deseable y conveniente para aquellos que están a su cuidado. Por otra parte, y dado que la inobservancia de cualquier código ético carece de consecuencias punitivas, su cumplimiento depende únicamente de la voluntad y el autoconvencimiento de quien decide aceptarlo como eje rector de su conducta laboral, del valor que le atribuye y de su compromiso para adherirse a él, es decir, se trata básicamente de un ejercicio de conciencia individual o, en el caso de las organizaciones, de conciencia grupal. Un ejercicio asociado, de acuerdo con el Colegio Mexicano de Nutriólogos (2010), *a los valores heredados de la tradición y asimilados en la vida, que inspiran actitudes de comportamiento congruentes con la dignidad, con lo que es virtuoso, trascendente y honorable, y cuya violación supone para quien lo incumple el alejamiento de sus colegas, asesores y trabajadores, así como aislamiento y desprestigio en la comunidad.*

En el ámbito de un centro de atención diurna el compromiso tanto de la entidad como de los profesionales que laboran en él con el bienestar de sus usuarios se define como el principio rector el desarrollo humano sustentable para generar condiciones para que todos

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

de equidad desde criterios de consideración hacia el individuo, sus derechos y la ampliación de sus capacidades como eje vertebral para la definición de sus políticas de actuación, de forma que sea posible responder a la naturaleza multifacética así como a los complejos y multidimensionales problemas del sector etario atendido. El centro de día debe, entonces, sustentar un compromiso permanente que guíe la construcción de procesos y mecanismos de actuación enfocados en estrategias de prevención, atención y promoción del desarrollo pleno de la PAM a fin de crear las condiciones y formar habilidades que les permitan un goce pleno de sus derechos y en consecuencia mejorar su calidad de vida (INAPAM, 2010). De acuerdo con ello, el código ético que aquí se presenta como un ejemplo del que podría adoptar un centro de atención diurna se basa en principios universales para determinar las obligaciones derivadas de la atención sociosanitaria a la PAM: el respeto a la autonomía y a la dignidad del AM.

Tabla 13. Código ético.

Código ético	
Bien común	Toda acción y decisión de los profesionales del centro de día debe estar dirigida a la satisfacción de las necesidades e intereses de la PAM, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad. Ningún profesional del centro de día, independientemente de la jerarquía que ocupe en el mismo, debe permitir que influyan en sus juicios y conducta, intereses que puedan perjudicar o beneficiar a los usuarios del mismo. El compromiso con el bien común implica que el profesional del centro de día sea consciente de que su labor representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas de la PAM y no cuando persigue beneficios individuales.
Entorno cultural y ecológico	Al realizar sus actividades, el profesional del centro de día debe evitar la afectación del patrimonio cultural y del ecosistema, asumiendo una férrea voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente, que se refleje en sus decisiones y actos.
Generosidad	El profesional del centro de día debe conducirse con una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad, los usuarios, sus familiares y compañeros con quienes interactúa.
Honradez	El profesional del centro de día no deberá utilizar su cargo para obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros. Tampoco deberá buscar o aceptar compensaciones o prestaciones de cualquier persona u organización que puedan comprometer su desempeño en la entidad.
Imparcialidad	El profesional del centro de día actuará sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna, comprometiéndose a tomar decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas.
Igualdad	El profesional del centro de día debe prestar los servicios que se le han encomendado a todos sus usuarios, sin importar su sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política. No debe permitir que influyan en su actuación, circunstancias ajenas que propicien el incumplimiento de la responsabilidad que tiene para brindar a quien le corresponda los servicios a su cargo.

Integridad	El profesional del centro de día debe actuar con honestidad, atendiendo siempre a la verdad, con el propósito de fomentar la credibilidad de la sociedad en las instituciones de atención socio sanitaria para AM y contribuirá a generar una cultura de confianza y de apego a la verdad.
Justicia	El profesional del centro de día debe conducirse invariablemente con apego a las normas jurídicas inherentes a la función que desempeña, conociendo, cumpliendo y haciendo cumplir tanto los derechos de la PAM como de las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones.
Liderazgo	El profesional del centro de día debe convertirse en un decidido promotor de valores y principios en la sociedad, partiendo de su ejemplo personal al aplicar cabalmente en el desempeño de su cargo este código de ética y el código de conducta de la institución a la que esté adscrito. Debe, así mismo, fomentar aquellas conductas que promuevan una cultura ética y de calidad en el servicio, ya que, a través de su actitud, actuación y desempeño, se construye la confianza de los usuarios en la institución.
Rendición de cuentas	Para el profesional del centro de día rendir cuentas significa asumir plenamente ante sus usuarios, sus familias y la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de los mismos. Ello lo obliga a realizar sus funciones con eficacia y calidad, así como a contar permanentemente con la disposición para desarrollar procesos de mejora continua, de modernización y de optimización de los recursos.
Respeto	El profesional del centro de día debe otorgar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante. Está obligado a reconocer y a considerar en todo momento los derechos, libertades y cualidades inherentes a la condición humana.
Transparencia	El profesional del centro de día debe permitir y garantizar el acceso a la información del centro sin más límite que el que impongan los derechos de privacidad de los particulares, de acuerdo con lo establecido por la ley. Igualmente, debe hacer un uso responsable y claro de los recursos, eliminando cualquier discrecionalidad indebida en su aplicación.

La tabla 13 describe un modelo de código de ética para un centro de día. Fuente. Adaptación de un modelo de código de ética extraído de INAPAM, (2010).

El cumplimiento del código de ética impedirá el desarrollo de prácticas inadecuadas en el desarrollo de las labores del centro, ya sea debido a factores estructurales de la propia institución, a factores personales de quienes asumen los cuidados o las características de los residentes institucionalizados (Gómez, 2009). En otros términos, la actuación bajo el código de ética indicado, prevendrá y, por ende, minimizará las cuatro formas de negligencia y abuso institucional en la atención al AM, de acuerdo con la categorización de Kayser-Jones (citado en Gómez, 2009).

- ✱ Despersonalización u otorgamiento de servicios bajo criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
- ✱ Deshumanización o ignorancia continuada del AM, despojándole de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades con su propia vida.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

- * Victimización o ataques a la integridad física y moral de los AM, mediante amenazas, agresiones verbales, robo, chantaje, o castigos corporales.
- * Infantilización o tratamiento infantil a los AM.

4.3.5 Derechos y deberes de los usuarios del centro de día

Cuando la misión, objetivos, estrategias, valores, principios y código de ética se cumplen a cabalidad en el centro de atención diurna, este puede garantizar a sus usuarios el cumplimiento de sus derechos fundamentales; en la misma línea, los usuarios tendrán claramente especificados los deberes que deben cumplir [v. tabla 14].

Tabla 14. Derechos y deberes de los usuarios del centro de día.

Derechos	Deberes
<ul style="list-style-type: none"> * Derecho a acceder a la atención sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. * Derecho a participar en el diseño de su Plan de Atención Individualizado. * Derecho a acceder a la información y a ser consultado sobre cualquier asunto que pueda afectarle o interesarle en su calidad de usuario del centro de día. * Derechos a recibir la atención, con corrección, respeto y comprensión, de forma individual y personalizada. * Derecho al tratamiento confidencial de los datos personales que afecten a su intimidad. * Derecho al respeto a su intimidad, garantizando un tratamiento adecuado a los problemas que de ella pudieran derivarse. * Derecho a elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones concernientes al funcionamiento o a la mejora de los servicios, así como a recibir respuesta sobre las mismas. * Derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia. * Derecho a ser debidamente informado, en lenguaje fácilmente inteligible, del contenido de estos derechos y de las vías existentes para hacer efectivo su ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> * Deber de conocer y cumplir las normas de utilización del centro de día establecidas en el Reglamento Interno del mismo. * Deber de ejercer una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, orientada a la consecución de una adecuada convivencia.

La tabla 14 recopila los derechos y deberes de los usuarios de un centro de día. Fuente. PICSAMR (2014).

5. Conclusiones

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL *GREY MARKET*

En un escenario marcado por una transición demográfica sin precedentes, que ha convulsionado las dinámicas organizacionales de las instituciones dedicadas a la atención y/o cuidado del AM, México se ve obligado a afrontar los retos derivados de los desafíos impuestos por el envejecimiento, tanto en el ámbito de la definición de políticas públicas y en el replanteamiento de las prioridades y objetivos de la política social del Estado, enfocadas en la atención y cuidado de los AM en situación de dependencia, como en lo relativo a la generación de nuevos perfiles en la PAM asociados a altos grados de independencia y funcionalidad, agrupados en un sector emergente del mercado conocido como *grey market*. Retos que, con toda certeza, impactan en los patrones de desarrollo y estructura del funcionamiento de las organizaciones de atención del AM, en el marco de una nueva cultura del envejecimiento sustentada por la aplicación de criterios éticos en las citadas instituciones de atención.

Lo que, ineludiblemente, deberá repercutir sobre el desarrollo, la operación y la funcionalidad de las organizaciones que directa o indirectamente se ocupen de la atención social, clínica y psicológica del AM que, en México, deriva de los compromisos adquiridos nacional e internacionalmente y de las obligaciones establecidas por la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)* encaminada a propiciar una transformación cultural de la sociedad, para valorar y reconocer la dignidad de la PAM, salvaguardar la protección efectiva de sus derechos humanos, fortalecer su autonomía y garantizar el acceso a los derechos básicos para su nivel de bienestar. Entendiendo que dicha tarea permea desde las políticas públicas hacia el resto de los sectores sociales, es decir, requiere la inclusión de todos los sectores, todas las generaciones y toda la sociedad, incluyendo a las organizaciones empresariales. Sólo con la actuación conjunta de dichos actores podrá garantizarse la creación de espacios adecuados al desarrollo de una vejez saludable y digna, así como la infraestructura y los recursos económicos y humanos necesarios, capacitados y bien remunerados, para asegurar la calidad de vida de los AM de acuerdo con los estándares recomendados por los organismos internacionales relevantes en la materia.

Por ende, desde una perspectiva social, es prioritario desarrollar acciones encaminadas a la atención de este sector poblacional de los AM, caracterizado por elevados niveles de funcionalidad e independencia, que se traducen en una mayor capacidad para llevar a cabo las actividades necesarias para incrementar su estado de bienestar a través de la

interrelación de sus campos biológico, psicológico y social, así como en un deseo de integración social y generacional, que ha despertado el interés de las organizaciones privadas que ven, en este nuevo paradigma de la vejez, un nicho de mercado, conocido como *grey market*, que ofrece un sinnúmero de oportunidades, especialmente en el campo de las instituciones de atención, pero, también, en otros ámbitos como el turismo, la cultura o el deporte. Este tipo de AM, aún activo, funcional y con múltiples intereses, es el que se perfila como el usuario tipo del *grey market* y, por tanto, de los centros de día a muy corto plazo, especialmente en aquellos de naturaleza privada.

Por lo que respecta a las instituciones de atención sociosanitaria diurna al AM, objeto de estudio del presente trabajo, deben de adaptarse a ambas visiones de la vejez y comenzar a considerar a la PAM como un colectivo funcional y activo, cuyos niveles de independencia y autonomía se van alargando en el tiempo y que, por ende, requieren nuevas ofertas de servicio acordes a los nuevos estilos de vida y comportamiento. Desde esta perspectiva, más allá de facilitar al AM formas de socialización y la práctica de actividades de índole diversa, los centros de día deben abocarse a facilitar la integración del AM en su comunidad de referencia, así como a ofrecer adecuados niveles de protección social desde una perspectiva de espíritu de servicio y afinidad por las relaciones humanas en un marco de operaciones en las que primen la calidad y la calidez humana, la amabilidad y el respeto necesarios para salvaguardar la dignidad humana a partir de una gestión profesional enfocada en códigos de ética y comportamientos conductuales estrictos y sensibles a las necesidades de sus usuarios.

Adicionalmente, cabe señalar que los dilemas éticos derivados de la atención a los AM no pueden resolverse mediante esquemas éticos predeterminados aplicables a cualquier generación etaria ni mediante las conclusiones extraídas a partir del estudio de casos para establecer una reflexión general sobre los procesos naturales del envejecimiento, sino desde la consideración de la vejez como una realidad compleja y dinámica que requiere de teorías éticas propias fundamentadas en convicciones morales básicas que otorguen al *ethos* la oportunidad de dignificar no sólo la vida moral de las familias, sino la calidad de las instituciones y servicios ofertados.

En este contexto, la inclusión de la ética en el cuidado del AM en el funcionamiento de los centros de día es materia sumamente compleja, ya que ofertan un servicio con

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

implicaciones morales superiores a las de la mayor parte de las organizaciones del sector productivo. Es decir, se trata de agentes morales con responsabilidades morales que proveen un servicio regido, en buena parte, por principios morales. Ello significa que el desarrollo de las organizaciones de atención al AM se desliza sobre una delicada línea de equilibrio entre las obligaciones ético-morales del cuidado y las obligaciones económico-morales de un negocio, mismas que nunca deben priorizarse sobre la calidad de atención al usuario, el compromiso de servicio del personal que la integra y la cooperación comunitaria. Nada de lo cual podrá realizarse sin una sólida estructura de valores profesionales y éticos, por lo que la totalidad de la funcionalidad de las organizaciones de asistencia sociosanitaria del AM, incluidos los centros de atención diurna, deberían contar con un código deontológico con principios morales admirables aun cuando muchas de ellas únicamente cubren los estándares éticos mínimos. Es evidente que ningún centro de día puede sostener *una perfecta correspondencia moral entre lo que decimos que deseamos lograr y lo que realmente sucede en nuestra organización en una base cotidiana* (Herranz, 1998), por lo que para superar los citados estándares, este tipo de entidades deberán comprometerse a llevar a cabo un proceso continuo de:

- Articulación y categorización de valores.
- Formulación, implementación y monitoreo de la efectividad de las políticas organizacionales relacionadas con el componente ético.
- Cultivo y ejercicio del liderazgo moral dentro de la funcionalidad de la organización y,
- Acrecentamiento de la solidaridad (Waymack, 2006).

Es preciso incidir, además, en el hecho de que incluso el centro de día mejor diseñado puede incurrir en obsolescencias morales derivadas de prácticas negligentes conscientes o inconscientes, por lo que es del mejor interés de las organizaciones de atención al AM advertir y solucionar los dilemas éticos que puedan presentarse antes de que alcancen niveles críticos o se cometan errores significativos.

6. Referencias bibliográficas.

- Agulló Gimeno, S. (2009). *La coherencia ética en la gestión de los recursos humanos: un factor clave para la forja de los fines del ethos corporativo*. Barcelona: Universidad Ramón Llul.
- Arismendi, J. (2008). La ética actual es la de la no-ética. Recuperado del sitio web Sujeto y sociedad, el 4 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Beauchamps, T. & Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Recuperado el 5 de febrero de 2017 de. [[Link](#)].
- Bórquez Yunge. Asesoría Estratégica (2016). *El mercado gris*. Recuperado el 8 de mayo de 2017 de: <http://www.byasesores.com/en/2016/04/20/b6-el-mercado-es-gris/>
- Camacho, M. (2015, noviembre 27). “Grey market, una oportunidad en bandeja de plata”. Recuperado de Merkactiva, el Blog de mercadotecnia, el 8 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- CEPAL (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 16 de enero de 2016. [[Link](#)].
- CEPAL (2005). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 16 de enero de 2016. [[Link](#)].
- Comité, U. (2007). “Ética y estrategias empresariales”. *Revista de Ocio y Turismo*(2), 107-124. Recuperado el 14 de enero de 2011. [[Link](#)].
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2005). *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. CONAPRED/SEDESOL. Recuperado el 1 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- Crespo, N. (2014). Plan de empresa de una residencia de la tercera edad en Náquera. Facultad de Administración y Dirección de Empresas, Universidad Politécnica de Valencia. Tesis. Recuperado el 22 de marzo de 2017. [[Link](#)].
- De la Riva Group (2013). *Consumer Trends Grey Market*. México: De la Riva Group. Recuperado el 1 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- Diputación Foral de Bizkaia (s/f). *Plan estratégico de las personas mayores*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia. Recuperado el 11 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Domínguez, J.R (2003). Las residencias para la gente mayor. Proyecto de tesis. UJI. Recuperado el 11 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Dulzaides, M.E. & Molina, A.M. (2004, marzo-abril). “Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso” *Acimed* 12 (2). Recuperado el 11 de febrero de 2017. [[Link](#)].

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

- Estado de Jalisco (2017). Atención de centros de día para adultos mayores. Descargado del sitio web infojalisco.web.mx el 13 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- Fernández, J.J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Tesis de doctorado. Departamento de Antropología Social de la Universidad de Valencia. Descargada el 5 de marzo de 2017. [\[Link\]](#).
- Fernández, A. &. (2011). *Planificación ético-estratégica para el desarrollo de los activos intangibles en las organizaciones*. Coeptum, 2(2). Recuperado el 14 de enero de 2017. [\[Link\]](#).
- Forttes A, (1993). *Recreación y uso del tiempo personal. Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario*. Santiago de Chile: Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Franco, M., Villareal, E., Vargas, E., Martínez, L. & Galicia, L. (2010). "Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México". *Revista Médica de Chile*, 138(8), 988-993. Recuperado el 8 de abril de 2017 de: [\[Link\]](#).
- Fundación Matía (2003). *Centros de Día. Atención e intervención integral a mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. San Sebastián: Diputación Foral de Guipúzcoa.336. p.
- García, J. (2003). "Bioética y personas mayores". *Portal Mayores*. Informes Portal Mayores (3). Recuperado el 14 de enero de 2017. [\[Link\]](#).
- Goitkoetxea, M. (s/f). *Aspectos éticos en la atención al adulto mayor*. Recuperado del sitio web de la fundaciónpilares.org. el 2 de mayo de 2017. [\[Link\]](#).
- Goikoetxea, M. (2011). "El desarrollo de la ética asistencial en la práctica: perspectiva general". *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 42 (1): 47-53. Recuperado el 9 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- Gómez, J.L. (2009). *Estrategias para humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores dependientes institucionalizadas en residencias y centros de día*. Protocolo de tesis de investigación. Posgrado en Violencia Familiar. Universidad de Zaragoza. Recuperado el 9 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- Gutiérrez, L.M., Ávila, F.M. & Montaña, M. (2010). "La geriatría en México". *El residente*, V. (2): 43-48. Descargado de: Medigraphic.com. el 4 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- Hernández, M. (2015, abril 21). *Centro de día para adultos mayores*. Descargado del sitio web de Mexidia.mx. Artículos, el 22 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).

- Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 30 de abril de 2017. [\[Link\]](#).
- Ilunion Sociosanitario (2014). *Comité de ética asistencial*. Descargado del sitio web de Ilunion Sociosanitario.com el 28 de abril de 2017. [\[Link\]](#).
- Instituto de Atención al Adulto Mayor de la Ciudad de México [IAAM] (2017). *¿Quién es la persona mayor?* Recuperado el 6 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- IMSS (2015). *GeriatrIMSS. Por una Atención Integral del Adulto Mayor*. Descargado el 1 de marzo de 2017 del sitio web del IMSS. [\[Link\]](#).
- INAPAM (2010). *Manual de procedimientos de la Dirección de Atención Geriátrica*. Descargado el 15 de mayo de 2017. [\[Link\]](#).
- INAPAM (2014). *Modelos de atención gerontológica*. México: INAPAM. Recuperado el 16 de enero de 2017. [\[Link\]](#).
- INAPAM (2016). *37 años al servicio de los adultos mayores en México*. Descargado del sitio web del INAPAM el 11 de febrero de 2017. [\[Link\]](#).
- Lesturia, F.J. (2007). "Experiencia en la intervención con personas mayores en situación de dependencia en la Fundación Matia". *Intervención Psicosocial*. 16(1): 107-124. Recuperado el 9 de mayo de 2017. [\[Link\]](#).
- Magaña, S., Romero, J. & Jácome, A. L. (2016). *Investigación aplicada en personas de la tercera edad en la ZMG*. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Administración. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. <http://hdl.handle.net/11117/3629>
- Marista.edu (s/f). *El envejecimiento de la población en México: Transición demográfica en México*. Descargado del sitio web de marista.edu el 16 de enero de 2017. [\[Link\]](#).
- Martínez, C.M. (2007). *Organización de un centro de día para el adulto mayor: Estudio de caso*. Universidad Iberoamericana, Facultad de Administración. Tesis de maestría. Recuperado el 23 de marzo de 2017 de [\[Link\]](#).
- Martínez, T. (2013, junio). "La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores". *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41): 209-231. Recuperado el 5 de abril de 2017. [\[Link\]](#).
- Martínez, M. T. (2008). *Modelo estratégico para la responsabilidad social de las organizaciones*. Cumaná: Tesis de licenciatura, Universidad de Oriente. Recuperado el 16 de enero de 2016. [\[Link\]](#).
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores*

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET

- en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado el 14 de enero de 2011. [[Link](#)].
- Medina, A. (2014, marzo 10). Grey market, un segmento olvidado por las marcas. Alto nivel. Recuperado el 8 de febrero de 2011. [[Link](#)].
- Meridia.mx (s/). Método Gerocare. Elevando la calidad de vida de las personas mayores. Descargado del sitio web de Mexidia.mx. Artículos, el 22 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- Milanés Céspedes, N. E. (2010). "Planeación estratégica para el fortalecimiento de la ética profesional de estudiantes de Enfermería de la filial Nuevitas". *Humanidades médicas*, 10(3).
- Miranda, M. & González, A.M. (2010). "Análisis de la edad cognitiva como criterio de segmentación del turista mayor". *Pecunia*, Monográfico, 91-122.
- Moratalla, D. (2000, abril). "Claves para una ética de la ancianidad". *Bioética & Debate*. s/n. 1-4. Recuperado el 29 de abril de 2017. [[Link](#)].
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- National Institute of Health (1979). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].
- National Institute on Adult Daycare (1991): *Why adult daycare* [Brochure] Washington, D.C.: NIAD.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-167 SSA1-1997, para la prestación de asistencia social para menores y adultos mayores (1998). Recuperado el 5 de marzo de 2017. [[Link](#)].
- Procuraduría Federal del Consumidor [PROFECO] (2007). "Centros de día para adultos mayores". *Brújula de compra de PROFECO*. Recuperado el 5 de febrero de 2017. [[Link](#)]
- Ordorica, M. (2014). "Momentos estelares en la dinámica demográfica del México de ayer, hoy y mañana". En, CONAPO. *La situación demográfica en México* (2014). México: CONAPO. 15-24. Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Asuntos éticos en la atención al adulto mayor*. Recuperado del sitio web de la OPS el 5 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Orozco, A. (2010). "Prólogo" a INAPAM (2014). *Modelos de atención gerontológica*. México: INAPAM. Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].

- Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (2017). *Estudios Económicos de la OCDE: México, visión general*. Recuperado el 16 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Panqueva Tarazona, J. (2008). *Estrategias y técnicas de investigación cualitativa: Algunas reflexiones en torno a los procesos de investigación social*. Bogotá:Universidad de la Gran Colombia.
- Quintana, F. (1999). *Atención a los ancianos en asilos y casas-hogar de la Ciudad de México*. México: Plaza & Valdés. Recuperado el 3 de marzo de 2017. [[Link](#)].
- Ramírez, D. (2013, enero 13). "Adultos mayores, un mercado potencial a largo plazo". *Dinero en imagen*. Empresas. Recuperado el 8 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- Ramírez Flores, J. A. (octubre-diciembre de 2006). "La necesidad de una conducta ética en el proceso administrativo: Una revisión de conceptos y perspectivas". *Episteme*, revista electrónica(8-9).
- Razo, A.M. (2014). "La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos". *Revista CONAMED*, 19 (2). Recuperado el 9 de febrero de 2017. [[Link](#)].
- Rodríguez, P. (2004) *Política social para la atención a las personas mayores*. Granada: Universidad de Granada/Ed. Fundación Iberoamericana de formación.
- Rojo Pérez, N. (2002). "La investigación cualitativa: Aplicaciones en salud." En V. E. Bayarre, *La investigación en salud*. (pág. 234). La Habana: MINSAP-ENSAP.
- Román, B. (2010). "La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa. ¿Por qué?", en Román, B. et al. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, 21: 8-14. Recuperado el 12 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Román, B. (2012). *Ética y atención al paciente*. SEAUS, Jornadas de Salud Mental. Recuperado el 12 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Rosato, L. et al. (2002). *Adult Day Health Services: Review of the Literature Rutgers Center for State Health Policy*.
- Salgado, A. & González, J.L. (1999). "Centros de Día para personas mayores. Un esquema práctico sobre su funcionamiento". *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 34:298-304. [[Link](#)].

**APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS AL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS
DE DÍA PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DEL GREY MARKET**

- Sevilla J; Abellán R; Herrera G; Pardo C; Casas X; Fernández R (2009). *Un concepto de planificación centrada en la persona para el siglo XXI*. Fundación Adapta. Recuperado el 4 de abril de 2017. [[Link](#)].
- Tabueña, M, (2006). “Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial”. *Intervención Psicosocial*. 15 (3): 275-291. Recuperado el 16 de mayo de 2017. [[Link](#)].
- Torralba, F. (2000). “Hacia una filosofía de los cuidados paliativos”. *Bioética & Debate*. s/n. 1-4. Recuperado el 29 de abril de 2017. [[Link](#)].
- Torres, M. & Peláez, E. (2012, julio-septiembre). “El envejecimiento demográfico, ¿final de la seguridad social? Análisis en Argentina y Latinoamérica”. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. (54). Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].
- Trejo, C. (1998, verano). “Participación social del adulto mayor y ética”. *Ciber Humanitatis* (5). Recuperado el 5 de mayo de 2017 de [[Link](#)].
- Uribe, E. (2013, enero). “Plan de negocios. Estancia de día para adultos mayores”. *Entrepreneur*. Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].
- Watt, C. (2017). “Consumer Trends: The grey pound”. *ECl. Building Successful Businesses*. Recuperado el 16 de enero de 2017. [[Link](#)].