

ATENCIÓN DOMICILIARIA CON APOYOS DE LA COMUNIDAD

**Espacios de vida post COVID-19 para las
personas mayores desde el modelo de
Atención Integral y Centrada en la Persona**

7

Colección
Estudios de la Fundación, N.º7



**Fundación
PILARES**
para la autonomía personal

Las profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio,
que conocen y cuidan de las personas en sus casas, muchas
veces en solitario, no recibieron ni durante la pandemia
COVID-19, ni antes de ella, ni con posterioridad,
el reconocimiento debido.
Esta publicación a ellas va dedicada como un homenaje
por su valioso trabajo.

Atención domiciliaria con apoyos de la comunidad

Espacios de vida post COVID-19
para las personas mayores desde el
modelo de Atención Integral
y Centrada en la Persona

Redactoras del informe de resultados

Pilar Rodríguez Rodríguez
María Georgina Granero Chignoli
Clarisa Ramos-Feijóo

Equipo de investigación

Pilar Rodríguez Rodríguez (IP)
Vanessa Zorrilla-Muñoz (coord.)
Clarisa Ramos-Feijóo
Ana García Mendoza
Aurora Cañadas Romero

Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 7, 2023
ATENCIÓN DOMICILIARIA CON APOYOS DE LA COMUNIDAD.
ESPACIOS DE VIDA POST COVID-19 PARA LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL MODELO
DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA

Diseño de la colección: Carlos Molinero Brizuela
Maquetación: Amelia Fernández Valledor
Impresión: Afanias, Centro Especial de Empleo
pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org
ISBN: 978-84-09-55092-0 | Depósito Legal: M-31550-2023

La investigación cuyos resultados se contienen en esta publicación fue posible gracias a la financiación procedente de la tercera convocatoria competitiva del "**Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria**" de la Fundación Caser.

Las entidades que han colaborado en el trabajo de campo, a las que expresamos nuestro agradecimiento por su inestimable aportación, han sido, por orden alfabético:

Alda2u

ASISPA

Asociación Enfermería Comunitaria

Ayuntamiento de Barcelona

Caser Residencial

CLECE Serveis Integrals

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Departament de Salut - Generalitat de Catalunya

Escuela Andaluza de Salud Pública

EULEN Servicios Sociosanitarios

Fundación Gizain

Gobierno de Navarra (programa PIAIS)

ILUNION Sociosanitario

INTRESS

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Suara Cooperativa

Asimismo, agradecemos la colaboración de las personas expertas que han participado en entrevistas y grupos de la fase cualitativa de la investigación, a las personas mayores y familiares que también participaron y a los equipos del Programa Cuidamos Contigo (Fundación Pilares).

Finalmente, expresamos nuestro especial agradecimiento a las profesionales que respondieron a las dos encuestas que se aplicaron en la fase cuantitativa (una entre Coordinadoras del SAD y otra entre Auxiliares / Trabajadoras familiares).

Índice

1. Resumen	11
2. Introducción y justificación.....	17
3. Modelos de Atención Gerontológica para personas en situación de dependencia. La Atención Integral y Centrada en la Persona.....	37
4. Objetivos de la investigación	47
5. Metodología.....	53
5.1. Análisis cualitativo	56
5.2. Análisis cuantitativo; dos encuestas.....	57
6. Resultados.....	61
6.1. Caracterización general de las muestras de profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): coordinadoras y auxiliares/trabajadoras familiares.....	62
6.2. El impacto de la pandemia en la atención domiciliaria	69
6.3. La coordinación entre la atención social y sanitaria y el uso de estrategias y herramientas comunes para la adecuación a la calidad y eficiencia en la atención domiciliaria	98
6.4. Las personas trabajadoras familiares y auxiliares y su papel en la mejora de la atención domiciliaria	120
6.5. La accesibilidad, los dispositivos de apoyo y las tecnologías para el futuro de los cuidados y la atención domiciliaria.....	139
7. Conclusiones	151
8. Recomendaciones	165
9. Referencias bibliográficas	177
Anexo	199

1. Resumen

Durante la pasada pandemia COVID-19 se pudieron constatar dos cuestiones interconectadas que pusieron en evidencia la gravedad de las brechas existentes en el ámbito de los cuidados de larga duración (CLD). Por una parte, las deficiencias estructurales preexistentes en cuanto a la conceptualización, diseño y organización de los sistemas, prestaciones y servicios de apoyo y cuidados. Por otra, las necesidades que son percibidas como insatisfechas, tanto por las personas que los precisan, como por los equipos profesionales relacionados con el SAD. Coherentemente con ello, se concluye de los resultados de nuestro estudio, en lo que se coincide también con las principales propuestas de la comunidad científica, que parece inaplazable afrontar adecuadamente los retos del cambio demográfico y la longevidad, en pro de un envejecimiento activo y saludable con políticas integrales y centradas en las personas que favorezcan la permanencia en el domicilio y en la comunidad y eviten la institucionalización.

La investigación cuyos principales resultados se presentan en esta publicación, adopta un enfoque participativo a partir de la identificación de indicadores sociales basados en la estrategia metodológica de la triangulación. Se ha realizado para ello una amplia revisión bibliográfica y el análisis del material empírico primario, a partir de los resultados del trabajo de campo llevado a cabo mediante el diseño, la aplicación y explotación de

datos, tanto de técnicas cuantitativas (dos encuestas), como a través de técnicas cualitativas (entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión). Para el trabajo cuantitativo se elaboraron cuestionarios que se aplicaron a 83 a personas coordinadoras del Servicio de Ayuda o Atención Domiciliaria (SAD) y 117 a personas trabajadoras familiares y auxiliares de los servicios sociales y sanitarios. Para el análisis cualitativo se llevaron a cabo 23 entrevistas a informantes clave y personas expertas relacionadas con los servicios de proximidad y 2 grupos de discusión (uno con familiares que prestan cuidados y el otro con personas mayores en situación de dependencia).

Los resultados obtenidos sugieren que, si bien el SAD es valorado de forma muy positiva, sobre todo por la calidad humana de los equipos profesionales que intervienen y la cercanía y relaciones que se producen entre estos y las personas que reciben el servicio, también se percibe un conjunto de disfunciones en su diseño, gestión y prestación actual, de manera que no resulta de suficiente calidad. Del mismo modo, la mayoría de las opiniones recogidas de nuestros interlocutores coinciden en la afirmación de que con el SAD no se llega a cubrir las necesidades de atención integral y personalizada que requieren las personas mayores y sus familias cuidadoras, las cuales siguen realizando a sus expensas la mayor parte del trabajo de cuidados.

Las áreas de mejora de la prestación que se sugiere por quienes han participado en el estudio son diversas. En lo que atañe a los equipos profesionales del SAD, pasan principalmente por el incremento salarial y la adecuación en su formación sobre los contenidos y elementos de los nuevos modelos de cuidados. Así mismo, se ha producido acuerdo mayoritario en cuanto a la necesidad de generar mayores *ratios* de las plantillas con inclusión de otras figuras profesionales (en especial de la terapia ocupacional, pero también de la psicología, la fisioterapia...).

A todo lo anterior hay que unir otra demanda repetida por los interlocutores de nuestra investigación, y que se constituye como uno de los principales cambios a acometer si se quiere que los servicios sociosanitarios de CLD sean considerados como un bien social: la necesidad de emprender campañas informativas dirigidas, tanto a los actores de los sectores de atención social y sanitaria, como a la sociedad entera de cara a conseguir una revalorización de la imagen social de los cuidados y del trabajo que realizan sus profesionales en general y, en particular, de la atención domiciliaria.

Del mismo modo, los resultados recogidos en torno al SAD sugieren la precisión, no tanto de “mejorar” este servicio en particular, sino que lo que habría que plantearse es su “transformación”. Desde la propia dimensión conceptual, habría que dejar de referirse a un único servicio para definir un conjunto de prestaciones, recursos y apoyos para desarrollar una atención domiciliaria y en la comunidad que sea continuada y adaptada a cada contexto y a cada caso y persona singular, que ha de poder elegir entre diferentes alternativas. Para ello, se aspira a que el sistema sea capaz de integrar diferentes actuaciones y dimensiones hoy dispersas, fragmentadas o inexistentes. Lo primero, poder ofrecer, para adaptarlos a cada caso, un paquete integrado y sin incompatibilidades, de recursos mediante los servicios del ámbito social (SAD, teleasistencia y otras tecnologías, centros de día, productos de apoyo y accesibilidad de la vivienda, prestaciones económicas, asistencia personal, residencias y otros alojamientos...), con independencia de la titularidad de los mismos. Por otra parte, desarrollar canales estables de coordinación entre estos y los servicios sanitarios. Del mismo modo, complementar la atención formal y la informal desde un enfoque de género para avanzar en un reparto equitativo en el trabajo de cuidar, ofreciendo formación y servicios de respiro a las familias cuidadoras. Y para avanzar en el

concepto de “sociedad cuidadora” se considera muy conveniente la incorporación de los recursos comunitarios existentes en cada territorio (desde el asociacionismo, el voluntariado, los centros cívicos socioculturales, las farmacias y comercios, entre otros), así como trabajar con las personas mayores y con discapacidad la promoción de la salud y su participación e inclusión social.

Se desprenden, en fin, de los resultados que arroja la investigación desarrollada un conjunto de recomendaciones que se consideran estratégicas para avanzar en esa línea transformadora mediante la que se apoye con derechos efectivos la accesibilidad y asequibilidad a prestaciones de cuidado de calidad, abandonando el viejo y superado modelo asistencialista y patriarcal que carga sobre las familias (y, en especial, sobre las mujeres) el peso de los cuidados.

Se considera suficientemente cumplido el objetivo principal que se pretendía al plantearnos esta investigación: recoger y analizar las propuestas de la comunidad científica y contrastarlas con las opiniones de los profesionales que participan en primera línea en la prestación del SAD y de las personas mayores y familiares que reciben este servicio sobre los cambios a emprender para favorecer que las personas vivan bien su envejecimiento previniendo la aparición de la discapacidad o el agravamiento de sus enfermedades y que, si llegan a desarrollarlas y precisan CLD, puedan mantenerse en su domicilio y en su entorno comunitario con calidad de vida y obteniendo los apoyos que puedan precisar para continuar desarrollando sus propios proyectos de vida.

2. Introducción y justificación

El envejecimiento a nivel mundial es considerado un éxito de las políticas sociosanitarias. Prueba de ello es que la esperanza de vida de la población ha aumentado notable y progresivamente en todo el mundo durante las últimas décadas. Según *The World Bank Data* (2022) el 9,80% de la población mundial total corresponde a personas mayores de 65 años, lo que indica un aumento del 3,69% con respecto al año 1990. En cuanto a las proyecciones demográficas globales han estimado que seguirá creciendo la esperanza de vida en todos los países del mundo, vaticinándose que para 2050, más de dos tercios de la población mayor vivirá en países de bajos y de ingresos medios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a). A lo anterior hay que sumar la experiencia vivida durante la reciente pandemia, que ha puesto en evidencia la gravedad de los déficits existentes en políticas, sistemas y servicios, y la consiguiente necesidad de considerar importantes desafíos para afrontar de manera adecuada y sostenible el cambio demográfico, manteniendo a su vez, el bienestar, la calidad de vida y el envejecimiento activo y saludable.

En todo el mundo y a lo largo de los tiempos, los cuidados han sido suministrados en el seno familiar y a expensas del trabajo de las mujeres, dando por sentado que cuidar constituye de manera esencialista una característica inherente al hecho de ser mujer. Así, este enorme caudal de trabajo ha permanecido

oculto y, por tanto, no contabilizado en la economía de los países (Durán, 2018). Solo a partir de los años sesenta del pasado siglo en los Países Nórdicos y desde finales de este y comienzos del siglo XXI en los países más desarrollados se comenzaron a desarrollar servicios de CLD no solo para personas pobres o sin familia sino para el conjunto de la ciudadanía. El establecimiento y garantía de derechos de acceso mediante medidas legales dirigidas a toda la población en riesgo o situación de dependencia, como nuestra Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), significó un hito de gran relevancia para iniciar la transformación del modelo, mediante el abandono del modelo familista basado en el trabajo invisible de las mujeres (Rodríguez Rodríguez, 2005). En el periodo transitorio en el que nos encontramos de transformación de los modelos de cuidados se trata de virar la nave de las prestaciones públicas haciendo que pierdan peso las dirigidas a la institucionalización y se prime la atención domiciliaria con apoyos de la comunidad.

Para hacerlo, la OMS ha declarado “La Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030)” con el fin de, que en todos los países y desde los diferentes actores sociales, se pueda avanzar en el proceso por el que se fomente la capacidad funcional, que es el atributo principal que hace posible el bienestar en la vejez porque permite a las personas mayores “*ser y hacer lo que es importante para ellas [...] y garantizar que puedan desarrollar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable [...]*” (OMS, 2021b).

Las áreas de acción a desarrollar durante estos diez años que propone la OMS, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se centran en cuatro pilares:

1. *Cambiar nuestra forma de pensar el envejecimiento y luchar contra el edadismo, de manera que se eliminen o, al menos, se reduzcan conductas negativas, percepciones,*

prejuicios y estigmas con efectos perniciosos en el bienestar y la salud de las personas mayores. Y se sugieren acciones como:

- Fomentar la investigación,
 - Desarrollo de campañas de sensibilización,
 - Fomentar las relaciones intergeneracionales
 - Diseño y desarrollo de programas de formación.
2. *Trabajo comunitario desde la asunción de que las comunidades fomentan las capacidades de las personas.* El objetivo es lograr entornos y ambientes amigables con las personas mayores y promover oportunidades inclusivas libres de barreras físicas y sociales. Entre las acciones a desarrollar se proponen:
- El abordaje de los determinantes sociales de la salud, mediante la educación a lo largo de la vida, favorecer actividades con sentido para las personas, el voluntariado, el apoyo a las familias cuidadoras...
 - La lucha contra la soledad no deseada.
 - La formación a todos los niveles y en todos los ámbitos.
 - La escucha activa y el trasvase de herramientas participativas que permitan que la población mayor forme parte de la toma de decisiones políticas.
3. *Implementar el modelo de atención integral y centrada en la persona,* partiendo de que las personas mayores tienen derecho a acceder, sin discriminaciones, a unos servicios de salud de calidad desde la prevención hasta los cuidados terminales y a unos servicios sociales de apoyo y cuidados integrales basados en la comunidad. Para hacer efectivo este modelo se exige que siempre se cuente con la participación real y efectiva de las propias personas y el resto de los agentes, para lo que se recomienda adoptar la metodología de gestión de casos. Las acciones a emprender para esa transformación de los servicios deben tener en cuenta premisas como las siguientes:

- Que se prevean los procedimientos que garantizan la participación de las personas mayores en todos los planes y procesos relacionados con su atención.
 - Que en todas las actuaciones se especifique cómo promover el ejercicio de sus derechos y combatir el edadismo.
 - Tener en cuenta el enfoque de transversalidad para contemplar en el diseño de las políticas, servicios y programas la participación de todos los sectores públicos y privados.
 - Velar por la implementación de tecnologías diseñadas desde el respeto de los principios de la AICP.
 - Acompañar estas acciones de potentes programas de formación.
4. *Atención a las situaciones de cronicidad* mediante la adecuación de los servicios de salud y sociales y establecer sistemas de coordinación entre los mismos para ofrecer una atención integrada sociosanitaria que facilite la permanencia en el domicilio y evite institucionalizaciones, dando apoyo también a las familias cuidadoras. Entre las acciones a desarrollar para hacer posible este logro, la OMS propone:
- Avanzar en la coproducción de servicios mediante la participación y generación de sinergias entre las personas mayores, sus cuidadoras y cuidadores, los proveedores de servicios, las asociaciones y ONG, el voluntariado, el sector privado y la comunidad.
 - Apoyar que pueda llevarse a cabo el cambio de modelo de cuidados basados en la AICP y centrados por consiguiente también en la comunidad.
 - Formación a los equipos profesionales del ámbito de la salud y de los servicios sociales.¹

¹ Este aspecto se venía destacando con especial interés desde la elaboración del Informe mundial sobre el Envejecimiento

- Tener en cuenta los tres enfoques clave que ayudarán a adaptar los sistemas de cuidados a las necesidades de las poblaciones de edad:
 1. Crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores, y garantizar su accesibilidad;
 2. Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca de las personas (fomentar el máximo desarrollo de la funcionalidad, cognición, red social y afectiva, capacidades, fortalezas, participación...);
 3. Garantizar que se cuente con personal social y sanitario sostenible y debidamente capacitado.

Mientras se producían las recomendaciones de este Organismo se produjo la llegada a nivel global de la COVID-19, entre cuyas negativas consecuencias encontramos que se frenó este proceso exitoso de avance en la atención a personas con necesidad de apoyos y CLD. Esta pandemia ha sido considerada como la enfermedad más importante en el ámbito de la salud pública de los últimos 100 años para la población mundial, siendo a su vez la principal causa de hospitalización y muerte, especialmente de las personas mayores y personas con discapacidad, lo que ha reducido la esperanza de vida globalmente (Marois *et al.*, 2020). En particular, la alta tasa de mortalidad por enfermedades y complicaciones provocadas por el virus SARs-CoV-2 ha provocado un cambio negativo en las perspectivas de futuro, especialmente para los hombres (Ruiz-Cantero, 2021). Además, las complicaciones son aún mayores si se padece una cardiopatía, diabetes y/o bronquitis crónica (Chudasama *et al.*, 2020; Jordan *et al.*, 2020; Schett *et al.*, 2020). Así mismo, las personas afectadas por la enfermedad de la COVID-19 se han mostrado como más vulnerables a sufrir determinadas patologías neuromotoras, como, por ejemplo,

y la salud (OMS, 2015, p.16).

trombosis (Connors y Levy, 2020; Hashemi *et al.*, 2020; McFadyen *et al.*, 2020), necrosis (Feldmann *et al.*, 2020), necrosis avascular (Agarwala *et al.*, 2021), o complicaciones neurológicas (Sheraton *et al.*, 2020) como la encefalopatía (Filatov *et al.*, 2020) o impactar negativa y ampliamente en personas que padecen enfermedades neurológicas, como Parkinson (Brown *et al.*, 2020; Leta *et al.*, 2021) o Alzheimer (de Erausquin *et al.*, 2021; Isaia *et al.*, 2020). En suma, la COVID-19 parece que ha podido provocar graves consecuencias físicas, cognitivas y, como menciona Pinazo-Hernandis (2020), también psicosociales, de manera que impactan en la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades crónicas.

En relación con este tipo de patologías, ya antes de la pandemia existían estimaciones acerca de que la población mundial se vería afectada severamente por enfermedades neurodegenerativas. Para el año 2040, el Parkinson (Dorsey *et al.*, 2018) y el Alzheimer (OMS, 2021c) así, otros trastornos similares, superarán al cáncer como la segunda causa de muerte más común mundialmente. De hecho, la OMS, entre otras entidades y autores/as (Carroll, 2019; Deuschl *et al.*, 2020; Kaji, 2019), han reconocido que estas enfermedades son una de las principales causas del deterioro de la salud pública en el mundo, ocasionando un incremento imparable en los costes sociosanitarios y de cuidados siendo a su vez unas de las principales afecciones que causan discapacidad irreversible. Todo esto se suma al hecho indiscutible de que el siglo XXI ha supuesto una transición demográfica y epidemiológica global, caracterizada, como se ha dicho, por el aumento de la esperanza de vida de las personas, que, si bien es un logro que celebrar, también comporta un conjunto de retos a afrontar por las sociedades modernas.

En definitiva, puede afirmarse que en los últimos decenios, si bien se han conseguido avances notables en la comprensión de la morbilidad desplazando las situaciones de cronicidad grave

hacia las cohortes de población de mayor edad, también hay que tener en cuenta que el alargamiento de la vida y la consiguiente longevidad, conlleva que, a edades muy avanzadas, se produzca un crecimiento de las enfermedades crónicas, principalmente en las personas mayores de 80 años, segmento de población que es el que más está aumentando y lo seguirá haciendo en los próximos años. El número de personas en situación de dependencia que tendrán necesidad de apoyos y CLD, por consiguiente, seguirá creciendo, salvo que se produzcan avances considerables en la investigación sobre las causas y pronósticos de las enfermedades más prevalentes hoy día.

Como también se ha señalado por algunos autores (véase por ejemplo, Groarke *et al.*, 2020; Simard y Volicer, 2020, entre otros/as), el incremento de la vulnerabilidad de las personas mayores en situación de dependencia o soledad se agravó durante la pandemia por la limitación de espacios sociales (por ejemplo, el cierre de los centros de día y los centros sociales), lo que provocó el aumento de situaciones de aislamiento social y sentimiento de soledad en personas mayores. En pro de la seguridad, quedarse en casa fue la principal respuesta para ayudar a reducir la interacción con otras personas, lo cual al principio tal vez fuera recibido con un sentimiento de bienestar o *cocooning*². Sin embargo, a medida que fue pasando el tiempo, se ha demostrado que con este tipo de medidas protectoras frente a los contagios también se produce una disminución de la calidad de vida y la salud física (Bailey *et al.*, 2021; Pinazo-Hernandis, 2020): muchas personas mayores que necesitaban cuidados han mermado sus condiciones cognitivas y físicas, debido a las dificultades generadas por el confinamiento o el miedo al contagio.

A su vez, la pandemia ha ocasionado muchas emociones negativas en las personas mayores en situación de

² Se trata, según Faith Popcon, de una tendencia de algunas personas a no socializar y quedarse encerrado en el hogar buscando que todo le sea provisto en su domicilio.

dependencia, lo que ha causado un empeoramiento de las enfermedades neurocognitivas, como el trastorno de los pensamientos y/o la conducta (por ejemplo, depresión, pensamientos suicidas, alcoholismo, ansiedad e impulsividad) (Simard & Volicer, 2020) y también ha actuado como factor sumativo a la comorbilidad, incrementando enfermedades y trastornos musculoesqueléticos debido a la reducción de movilidad y actividad física y al padecimiento de la enfermedad o los efectos secundarios de la COVID-19 (Zorrilla-Muñoz *et al.*, 2021). El empeoramiento en personas que se encontraban en tratamiento previo a la pandemia, debido a la interrupción de la atención de rehabilitación especializada también se viene señalando como otro efecto muy negativo (Spielmanns *et al.*, 2021).

En la misma línea, también se ha incrementado la medicalización y, en particular, existe un mayor uso de psicofármacos (Alves *et al.*, 2021; Buitrago *et al.*, 2021) para paliar trastornos como el estrés y la ansiedad sufridos por el desgaste del confinamiento y la reducción de la vida social. Por otra parte, la saturación de los servicios de salud y las medidas políticas durante la pandemia generó que los grupos más vulnerables no pudieran ser atendidos durante un largo período y se limitara la asistencia de atención primaria (Beltran-Aroca *et al.*, 2021) y domiciliaria (Martínez-Riera & Gras-Nieto, 2021). Así, se ha seguido aumentando el riesgo de la fragmentación de la atención domiciliaria y, en general, amenazando la sostenibilidad de las políticas públicas dirigidas a una población dependiente (Bayona *et al.*, 2018). Por otra parte, las personas cuidadoras, formales e informales, han tenido que reforzar su resiliencia aun soportando unas condiciones laborales precarias y mayores cargas laborales (Henao-Castaño *et al.*, 2021).

A todo ello hay que unir la compleja red de emociones vividas y el desgaste continuo al que también contribuyeron las

imágenes negativas que se han dado en los medios de comunicación sobre la fragilidad y vulnerabilidad de las personas con dependencia frente al virus, independientemente del espacio donde vivieran (domicilio, residencia...). En este sentido, desde la llegada de la COVID-19 se vinieron mostrando imágenes sobre el discapacitismo de las personas mayores insistiendo en su fragilidad, pero también desde una vejez mayormente dependiente y con enfermedades crónicas (como diabetes o coronarias) que pueden poner en riesgo la vida de la persona en caso de contraer el virus. Es decir, la pandemia favoreció que se reforzaran los estereotipos y edadismo ya existentes sobre la vejez (Adá-Lameiras *et al.*, 2020; Páez y Pérez, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020; Reicher *et al.*, 2020; Van Bavel *et al.*, 2020).

En sentido positivo, las experiencias recogidas desde programas en los que se produce la intervención conjunta de los servicios de salud y de los servicios sociales en la atención domiciliaria muestran (Berg-Weger & Morley, 2020), cómo esa coordinación redundante en una mejor detección de la necesidad para actuar anticipadamente y con gran eficacia aplicando un enfoque biopsicosocial que se potencia mediante la comunicación intersectorial con una perspectiva de gestión y de intervención integrada. Es desde ahí donde el modelo AICP podría ser un aliado para lograr este tipo de atención en personas mayores (Porcel-Gálvez *et al.*, 2020) y en situación de dependencia. En definitiva, ante la ausencia de estándares generalmente aceptados para la implementación e implantación de un sistema de gestión siguiendo el modelo AICP, es conveniente al menos la implicación de todas las partes, en especial, desde la actuación social conjuntamente con la sanitaria (Schönfelder *et al.*, 2020; OMS, 2015; Rodríguez y Gonzalo, 2022) y a través de indicadores y herramientas comunes para la asistencia y ayuda domiciliaria que mejoren las aptitudes profesionales en el conjunto de recursos humanos.

Inspirándose en ese modelo, existen casos de éxito recientes en los que se ofrece, por ejemplo, atención integrada desde la coordinación sociosanitaria, y merecen mención especial algunas experiencias de atención a las personas que viven en su domicilio desarrolladas en la C.A. de Cataluña, en el País Vasco (*Etxean Ondo*), en Navarra, así como desde el programa denominado “Cuidamos Contigo”³ donde se lleva a cabo el acompañamiento, orientación y la prestación de servicios comunitarios desde el modelo AICP (Rodríguez Rodríguez *et al.* 2017 y Rodríguez y Zorrilla, 2022). También, Cruz y McGhee (2020) citan la cohesión de hasta 35 proveedores de atención del sector público, privado y del tercer sector en los cuidados paliativos en el hogar, si bien, se pone de manifiesto la necesidad de una prevención y promoción de la salud en los programas de atención integrada relacionados con la atención domiciliaria (Lette *et al.*, 2020).

Así mismo, entre las experiencias positivas que la COVID-19 ha dejado, hay estudios que aluden al incremento y efectividad del voluntariado como eje de solidaridad y cohesión social (Amate, 2021; Rodríguez Cabrero, Dabbagh Rollán y Rodríguez Rodríguez, 2017), siendo esta una de las áreas a retener para la transformación de la atención domiciliaria, junto a las experiencias del aumento de los servicios de proximidad desde la llegada del virus (por ejemplo, mediante la incorporación de las farmacias, en el uso de redes vecinales para actividades de gestión o con formas innovadora de los servicios de comidas a domicilio, entre otras).

La accesibilidad aporta seguridad a las personas con poca movilidad o movilidad reducida, lo que también ayuda a evitar riesgos de caídas y facilita, a su vez, que se tenga la tentación de recurrir al uso de sujeciones, práctica que, afortunadamente, está siendo erradicada tanto en instituciones como en

3 Véase <https://www.fundacionpilares.org/proyecto/cuidamos-contigo/>.

domicilios, conforme se propone desde la comunidad experta al haberse demostrado la inadecuación de los mismos por el daño físico y moral que produce a las personas (Scheepmans *et al.*, 2020; Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2014).

Se concede también gran relevancia, corroborada en nuestros resultados, al papel que debería tener la comunidad en el desarrollo de la mejor atención a las personas que viven en su domicilio, en concordancia con las propuestas de la AICP (Ramos Feijóo, 2017). En este sentido, se considera necesario “seguir investigando sobre el entorno comunitario de las personas mayores, sus características y su influencia en la autonomía, independencia y calidad de vida en el proceso de envejecimiento, para avanzar en el concepto de ciudades y comunidades amigables con las personas, el envejecimiento activo y saludable y los contextos residenciales (vivienda, centros de cuidado a largo plazo, *covivienda*)⁴, lo que a su vez encaja con los resultados de Sánchez-González *et al.*, (2020), cuando hacen mención a que las intervenciones pueden ser más efectivas en ciertos dominios de ciudades y comunidades, tanto desde las mejoras en el transporte, actuaciones en la vivienda, así como una mayor participación de todos los agentes comunitarios para el cambio en el comportamiento relacionado con el estilo de vida, mejorando los servicios y recursos de apoyo.

En el ámbito de la tecnología, la progresiva desalfabetización de la salud digital y, en general, la mayor participación en Internet de las personas mayores está reduciendo la brecha digital de décadas pasadas, con todo lo mucho que aún es necesario trabajar, del mismo modo que en el uso de tecnologías facilitadoras en el ámbito de los cuidados de larga duración. En este sentido, existen determinadas prácticas que fuerzan de manera bidireccional la digitalización y la reducción de las plantillas,

4 Para más información en esta temática, véase Special Issue “*Friendly Residential Environments for Ageing in Place with Autonomy and Independence*” (MPDI Journal of Open Access, 2022).

como las que se han vivido en relación con los bancos, lo que ha evidenciado el gran espacio para la discriminación que se está abriendo con el uso apresurado de la tecnología sin que ese proceso se acompañe de los correspondientes apoyos para la reducción de esa brecha (Papí Galvez y La Parra-Casado, 2022).

Sin perjuicio de lo anterior, desde esta perspectiva, se lleva prestando especial atención en el actual contexto sociosanitario al uso de determinadas tecnologías conectadas a Internet, que facilitan la atención domiciliaria, como son las videollamadas, la asistencia sanitaria en línea⁵ o las compras *online* (Criado-Quesada *et al.*, 2021). A su vez, y sobre todo desde la pandemia, se ha comenzado una discusión sobre el posible uso de robots sociales (Abou Allaban *et al.*, 2020; Jecker, 2021), de nueva generación basados en sistemas ciberfísicos⁶ (Yang *et al.*, 2020), productos sanitarios de *eSalud* para monitorización domiciliaria (Nakshbandi *et al.*, 2020) e incluso exoesqueletos de telerehabilitación (Bertomeu-Motos *et al.*, 2019) que pudieran servir de complemento y apoyo en la atención domiciliaria, siempre sin olvidar la necesidad de la presencia personal. Estos últimos se han venido impulsando por la restricción del número de visitas a los centros de rehabilitación o por recibir menos tiempo de terapia debido a las medidas de distancia física (Spielmanns *et al.*, 2021) o por el aumento de la demanda de servicios de telerehabilitación, en parte debido a las secuelas neurológicas de “la COVID-19 prolongada” y/o las reacciones a la vacuna (por ejemplo, el desarrollo de trastornos funcionales, como paresia de las extremidades superiores, donde las personas pacientes pueden beneficiarse de la rehabilitación) (Piquet *et al.*, 2021). Más allá de esto, existe un enfoque globalizado de

5 Para más información en esta área, véase, por ejemplo, el “Proyecto Homecare” <https://www.edad-vida.org/publicaciones/proyecto-homecare-modelo-de-futuro-tecnologia-domiciliaria-para-el-apoyo-de-la-atencion-social-y-sanitaria/>.

6 Los sistemas ciberfísicos se basan en dispositivos controlados y/o monitorizados por algoritmos e integrados con Internet.

mSalud (tecnologías móviles o salud móvil) basada en aplicaciones y unido a la mencionada desalfabetización digital, en la mayor parte de las veces, con inteligencia artificial y, que también proveen atención sociosanitaria de los cuidados de larga duración a través del Internet de las cosas donde aún parece existir discrepancia entre la demanda de los servicios entre los grupos de personas en situación de dependencia, cuidadoras y profesionales de atención sanitaria y lo que el mercado ofrece (Lee *et al.*, 2020), lo que sugiere que, desde la aplicación de los principios de la AICP, podrían producirse desarrollos pensados desde las personas y sustentar las bases y el estándar por excelencia.

Desde otra perspectiva y también desde la tecnología, cabe subrayar la importancia de avanzar en el diseño de tecnologías cada vez más usables, ergonómicas, y estéticamente agradables que incluyan la perspectiva de género (Agulló-Tomas y Zorrilla-Muñoz, 2020), así como que faciliten el consumo responsable de información y sean poco invasivas, lo que desde una evaluación apoyada en el nuevo modelo podría resultar de utilidad para favorecer la permanencia de las personas en su domicilio.

De no menor importancia a lo que se ha venido señalando, hay que recordar, como se ha sugerido en otras investigaciones, las positivas y diversas competencias que desarrollan las trabajadoras familiares y otras personas cuidadoras, que están muy vinculadas al desarrollo de unas funciones que requieren un buen afrontamiento ante situaciones de alta carga emocional (Batthyány 2020; England, 2005; Hochschild, 2003; Pérez Orozco, 2010; Porras Vaca & Martín Pérez, 2021), así como gran capacidad de desarrollar resiliencia frente a las adversidades (Fajardo Ramo *et al.*, 2020).

Como se verá en la presentación de resultados de nuestra investigación, las dificultades del trabajo de cuidados que más se han repetido por parte tanto de las trabajadoras del SAD,

como por parte de las personas expertas consultadas, se centran en cuestiones relacionadas con la precariedad: los bajos salarios, el excesivo uso de la contratación a media jornada, la mala distribución de los tiempos de trabajo, la excesiva rotación de auxiliares / trabajadoras familiares, el que no se trabaje en equipo ni exista supervisión de casos, así como la falta de formación. Se producen, en esta área, coincidencias con la literatura técnica respecto a la necesidad de seguir formando a las plantillas e insistir en la certificación profesional convalidable y de reciclaje que realmente se ajuste a los cambios actuales y futuros de la sociedad (Martínez Agut y Zamora Castillo, 2018).

Con respecto a las personas que tienen reconocida legalmente una situación de dependencia en España, cabe señalar que, desde el comienzo de la pandemia el número de personas en esta situación ha aumentado ligeramente en España. En mayo de 2020 se registraron 1.357.433 personas reconocidas con derecho a una prestación del sistema de autonomía y atención a la dependencia (SAAD) (IMSERSO, 2020) y este indicador ha continuado aumentando: las cifras a 31 de enero de 2022 dataron 1.766.019 personas en esta situación con derecho al sistema de prestación, lo que significa un aumento de 23,13% de los casos respecto las cifras de mayo de 2020, y ello, pese a los muchos fallecimientos ocurridos durante la pandemia del coronavirus. Además, con fecha de 31 de enero de 2022, los datos muestran que se destinó un 69,04% de las ayudas a distintas prestaciones: desde la prevención a la dependencia (3,97%), la teleasistencia (10,68%), la ayuda a domicilio (18,61%), los centros de día/noche (5,86%), la atención residencial (10,81%), la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar —en adelante, PECEF— (30,68%), la vinculada a un servicio (10,85%) y la asistencia personal (0,54%) (IMSERSO, 2022). De estos datos, se puede observar que las prestaciones referidas a la atención domiciliaria continúan

siendo escasas, mientras se continúa primando la atención por el entorno familiar mediante la prestación económica por cuidados en el entorno familiar (PECEF), lo que produce gran sobrecarga a las personas cuidadoras de la familia, a quienes en general no se les han ofrecido los servicios de respiro y programas formativos que preveía la (LAPAD).

Por su parte, *The 2021 Ageing Report* de la Comisión Europea (2021a) estima que la ratio de dependencia se incrementará en 30,9 puntos porcentuales⁷ y la tasa de dependencia económica en 29,5⁸, de 2019 a 2027. Esta previsión sitúa a España a la cabeza en comparación con países europeos con alta tasa de esperanza de vida, como Italia, respecto de los cuales estas proyecciones alcanzan cifras inferiores (26,7% y 23,7%). En este sentido y con relación a la pandemia, donde se puso a prueba la resiliencia en la atención a largo plazo, se hace hincapié en el aumento previsible de la demanda de servicios ante el envejecimiento de la población y los problemas devenidos de la falta de calidad en los estándares de atención y de acceso a dichos servicios, particularmente en las áreas rurales.

Por ello, las políticas europeas están avanzando hacia propuestas semejantes a las de la OMS que se han señalado, y finalmente, se ha dispuesto una "Estrategia europea de cuidados, 2022". Se trata de una iniciativa muy relevante relacionada con los CLD (Comisión Europea, 2021b) para que estos resulten accesibles, sostenibles y de calidad, en particular los servicios de atención domiciliaria y comunitarios (principio 18 del "Pilar Europeos de los Derechos Sociales"), donde también se ha previsto proponer nuevas herramientas para medir mejor las barreras y brechas en el acceso a los cuidados.

Como consecuencia de todo lo expuesto anteriormente, se deduce que existe consenso en cuanto a que el Servicio

7 Tasa de dependencia total = Población menor de 20 años y mayor de 64 como un % de la población de 20 a 64 años.

8 Tasa de dependencia económica de la vejez (20-64) = Población inactiva de 65 años o más como un % de la población ocupada de 20 a 64 años.

de Ayuda a Domicilio (SAD) requiere ser repensado desde un enfoque inclusivo, garantizando el derecho y las preferencias de las personas a vivir dónde y cómo quieran y disponiendo de la atención integral necesaria para atender la diversidad de situaciones que se presentan por lo que deben atenderse también las circunstancias de cada contexto de actuación. Por consiguiente, habríamos de referirnos al SAD en plural, poniendo el foco en la formación, en la planificación y en la metodología de gestión de casos, tal como ya se venía proponiendo desde hace años desde diferentes estudios (García, 2010; Jamieson, 1991; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2005; Porto y Rodríguez, 1998; Rodríguez Rodríguez, *et al.*, 2003; Rodríguez Rodríguez, *et al.*, 2011; Rogers y Nicolaas, 1998; SII, 2012).

Los SAD así concebidos se podrían acercar al logro de su objetivo principal, que es cubrir las necesidades de las personas y familias que tienen dificultades para llevar una vida con autonomía, independencia y calidad de vida, ayudando a compensar estos obstáculos para que la persona pueda seguir viviendo en su domicilio y en su entorno. En general se constata, confirmando los resultados de anteriores estudios, como la Encuesta entre personas mayores del IMSERSO (2010), que existe un deseo de las personas mayores por seguir viviendo en sus hogares el máximo tiempo que puedan, mientras esto sea posible, aunque implique la necesidad de contar con ayudas. Es decir, que prefieren ser atendidas en sus casas, a través de los servicios de ayuda a domicilio y otras prestaciones y recursos, además del cuidado que pueda proveer la familia, dejando las residencias como última alternativa.

Como hoja de ruta para el futuro, y tal como se ha señalado, la comunidad experta, los Organismos Internacionales, así como las políticas europeas de envejecimiento, coinciden en recomendar como cuestión clave la participación, la autonomía

y la independencia de las personas para elegir su propio estilo y modo de vida, que, en la generalidad de los casos, prefieren continuar viviendo en su domicilio habitual. Por ello, la permanencia en el entorno con servicios y apoyos de proximidad se señala como objetivo prioritario del envejecimiento activo y saludable.

La investigación desarrollada mediante el proyecto “*Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID-19 para las personas en situación de dependencia*” en la tercera edición del “*Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria*” de la Fundación Caser⁹ se enmarca en las propuestas de la Estrategia de Cuidados de la Comisión Europea y en el resto de planteamientos de Organismos Internacionales, tratando de aportar conocimiento sobre la evaluación y propuestas de mejora del SAD, precisamente en un momento en el que las consecuencias de la crisis de la COVID-19 en ámbitos domiciliarios (en relación a la morbilidad, mortalidad y soledad, entre otros aspectos) han agravado las carencias que ya se habían registrado con anterioridad. Para ello, parte de la exploración de los cambios que podrían promoverse para garantizar a las personas en situación de dependencia un sistema de cuidados sociosanitarios y comunitarios que potencien la calidad de vida, la eficiencia y la sostenibilidad, han de tener en cuenta la coherencia con los postulados de la atención integral e integrada y centrada en la persona, cuyos objetivos abonan la transformación del modelo de cuidados para pasar en España “del familismo a los derechos de ciudadanía” (Rodríguez Rodríguez, 2005). Además de lo anterior, también se han considerado los resultados de estudios previos sobre el SAD realizados en España —véase (FEMP *et al.*, 2015; García Herrero, 2010; Rodríguez Cabrero *et al.*, 2019; Rodríguez Rodríguez, 2015; SIIS, 2012).

⁹ Una versión reducida de la parte cualitativa de este estudio fue elaborada por Rodríguez Rodríguez y Zorrilla Muñoz (2022) y publicada en la Revista Actas de coordinación sociosanitaria.

El proyecto desarrollado se enmarca, así mismo, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015), prioritariamente en el ODS 3 sobre “Salud y Bienestar”, y de manera secundaria en el ODS 10 “Reducción de las desigualdades” y el ODS 11 “Ciudades y Comunidades Sostenibles”. Por otra parte, y como eje central, tiene como fin investigar la atención domiciliaria desde una perspectiva integral sociosanitaria con apoyos de la comunidad a través de la comparación de los servicios y apoyos que se prestan desde el SAD y la atención sanitaria convencional con las aproximaciones innovadoras que se están produciendo en algunos territorios hacia el modelo avanzado de bienestar y eficiencia que se propone desde la AICP. Tanto la dimensión de integración de servicios sociosanitarios, como la personalización de los cuidados y apoyos requiere, además de colocar en el centro a la persona que los precisa, a sus familias cuidadoras y a los equipos profesionales que desarrollan la relación de ayuda, así como una organización de los sistemas y sectores de atención acorde al modelo, desde un enfoque transversal.

La investigación, a su vez, indaga en el impacto de la COVID-19 en el conjunto de los cuidados personales, sociales y sanitarios que precisan las personas que tienen una situación de dependencia y que viven en su domicilio. Así mismo, también se relaciona con los cuidados que prestan las familias y otras formas de trabajo de cuidados no remunerado, que principalmente llevan a cabo las mujeres (Agulló-Tomás *et al.*, 2018 y 2020; Carrasco *et al.* 2011; Martínez Buján, 2022; Rodríguez Rodríguez, 2005) y cuyo impacto en la economía analiza en España desde hace años María Ángeles Durán (2018). A este respecto, se han tenido en cuenta los análisis que desde el feminismo se han venido realizando en relación con los cuidados (Fraser, 2015; Esquivel, 2015; Elizalde-San Miguel, 2018), y sus propuestas en cuanto a la reducción de la sobrecarga de las mujeres y de

las desigualdades consiguientes, la redistribución del cuidado entre los apoyos formales y los informales y entre mujeres y hombres, el reconocimiento y visibilización del valor social, político y económico del cuidado, y el empoderamiento.

Finalmente, se destaca que el hecho de que el universo de este estudio se haya centrado precisamente en las personas que conocen mejor el SAD (investigadoras, responsables y coordinadoras del servicio, trabajadoras familiares y auxiliares que lo prestan directamente en los domicilios) creemos que imprime un especial interés a los resultados que aquí se recogen.

3. Modelos de Atención Gerontológica para personas en situación de dependencia.

La Atención Integral y Centrada en la Persona

Existen dos modelos de atención y cuidados a las personas mayores claramente diferenciados: a) por una parte, el tradicional, centrado en los servicios y marcadamente institucional, que es el mayoritario; y b), el que trata de apoyarse en los postulados del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP).

El debate entre ambos modelos, sus interrelaciones, ventajas y limitaciones cuenta con una amplia literatura en España (Alonso Bigler y Velasco Rodríguez, 2014; Rey Merino, 2015; Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez, de la Cruz *et al.*, 2017; Rodríguez Rodríguez, *et al.*, 2011; Rodríguez Rodríguez y Vilà i Mancebo, 2014; Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2022;) y en el ámbito internacional (OMS, 2015, 2021b; Comisión Europea, 2021b). Cabe destacar que, a diferencia del modelo convencional de cuidados, que fija su atención y organiza los cuidados en torno a la enfermedad, la discapacidad u otros síndromes, el de AICP propone un estándar que pone en el centro a la persona y, en función de ello, propugna que los sistemas de protección se reorganicen para ofrecer una atención integral e integrada.

Recogiendo tales propuestas se ha propuesto como modelo de AICP el que reconoce y pone en su frontispicio el respeto por los derechos y la dignidad inherente de la persona y parte de una serie de principios que deben ser integrados en los cuidados y apoyos que se ofrecen a las personas (Rodríguez Rodríguez, 2013, 2022). Son los siguientes:

- El **principio de individualidad**, mediante el que se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, pero, a su vez, todas son iguales en derechos. Según este principio, se deben considerar siempre las preferencias de las personas para lo que se precisa aplicar los elementos y metodología de la atención centrada en la persona (Bonafont, 2020; Martínez Rodríguez, 2010; Rodríguez Rodríguez, 2013) y hacerlo con la flexibilidad necesaria en la oferta de apoyos y cuidados (Rinken, 2001) y considerando y atendiendo también las necesidades de las familias cuidadoras.
- La **autonomía**, la cual se se enmarca desde la filosofía moral y se entiende como la que alienta y promueve el derecho de las personas para tomar decisiones libres sobre su propia atención sociosanitaria y su proyecto de vida, contrariamente a la visión tradicional de los cuidados a personas en situación de dependencia, donde se administra, en ocasiones, tratos de tipo paternalistas edadistas o infantiles (Vilà Mancebo *et al.*, 2019.). También se relaciona frecuentemente con aspectos tales como la calidad de vida, el bienestar y la independencia personal (Cernic *et al.*, 2018), pero siempre desde un concepto holístico psicosocial y no funcional que tiene como fin el re-conocimiento de la persona (Martínez Rodríguez, 2011), la eliminación de comportamientos heterónomos (Rodríguez Rodríguez, 2013) y que puede ser considerada la precondition necesaria en todo proyecto de vida y, por lo tanto, los posibles indicadores de felicidad y salud (Largo, 2019).

Unido al principio de autonomía aparece la necesidad de actuar desde la actuación profesional bajo el criterio de diversidad de opciones para hacer efectivo el ejercicio de este relevante principio (Benchetrit, 2000).

- La **independencia** es uno de los reconocimientos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91), y propone promover: “[...] El acceso de las personas mayores a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia; [...]. El tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; El tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio y; Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible [...]”. También y desde otro enfoque, la independencia funcional permite el desarrollo de actividades dentro de un entorno ergonómico seguro (Mira Illana y del Monte, 2022; Rodríguez-Porrero Miret y García-Milà Lloveras, 2022; Zorrilla-Muñoz *et al.*, 2019). Acotando el principio de independencia al ámbito de los CLD, este término es el antónimo de dependencia, por lo que se requiere trabajar con las personas para minimizar sus discapacidades o situación de dependencia e incrementar su capacidad intrínseca (funcionalidad, cognición, estado emocional..., sin olvidar sus fortalezas y capacidades que deben potenciarse). Desde un sentido epistemológico, la independencia está relacionada con el envejecimiento activo y satisfactorio, la participación social y económica de las personas mayores, así como con la promoción y el derecho a la salud y al mantenimiento de la capacidad funcional (véase, por ejemplo, Fernández-Mayoralas *et al.*, 2014; Ramos-Feijóo *et al.*, 2020), entendida esta desde la reconceptualización que hizo la OMS (2015), como “la que permite a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas”, y que es el resultado de la interacción entre el máximo desarrollo de su capacidad intrínseca y el am-

biente físico y humano que la rodea. Por otra parte, cabe indicar que la independencia hace mención al criterio de prevención y rehabilitación (Martínez Rodríguez, 2010) en las prácticas de atención sociosanitaria y domiciliaria.

- **Ambiente facilitador**, lo que comprende tanto el espacio físico en el que se desenvuelven las personas (la vivienda, la residencia, el centro de día, los centros sanitarios...), como el círculo de proximidad formado por quienes se relacionan con ella (profesionales que brindan apoyos y cuidados, familias, red social). Ambos elementos son muy relevantes por su potencialidad para promover acciones que redunden en el desarrollo máximo de la capacidad intrínseca de la persona, y, por ello, debe atenderse cuidadosamente que la interacción entre ambas tenga como propósito promover las capacidades y fortalezas de las personas para que estas pueda alcanzar una vida plena de sentido.
- La **integralidad** contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, cuyo buen funcionamiento es determinante para su calidad de vida, su autonomía y la mejora del bienestar (Rodríguez Rodríguez, 2013). Las necesidades que pueden presentarse en cualquiera de estas áreas son dinámicas y, por tanto, cambiantes a lo largo del ciclo vital. Según Orkaizagirre Gómara (2013), en los procesos terapéuticos la dimensión de integralidad se asocia también a los cuidados invisibles, trascendiendo más allá de los cuidados físicos y procurando el acercamiento de la persona cuidada y cuidadora, a su familia, con empatía, actitud abierta y, con disposición a conocer sus preocupaciones, experiencias de vida y hábitos de salud. Es necesario, por tanto, avanzar en un reparto equitativo de los cuidados, tanto entre hombres

y mujeres, como entre estos y los que proveen los recursos formales y profesionales, desarrollando el derecho al acceso a estos, primando los que promueven la vida en el domicilio y la comunidad, incorporando el enfoque de género (Rodríguez Rodríguez, 2005) y atendiendo a la “desfamiliarización” de los cuidados, mediante el reparto, la redistribución, el reconocimiento y la empatía (Fraser, 2015; Esquivel, 2015; Elizalde San Miguel, 2018). Sin duda, este principio es esencial cuando ponemos el eje en la persona. Pero también lo es desde el punto de vista organizativo y prestacional porque, si atendemos a los servicios, recursos y prestaciones disponibles y partiendo de la convicción de que ninguno de ellos es capaz por sí mismo de satisfacer todas las necesidades que pueda experimentar una persona, es necesario, desde una mirada transversal, concluir que se requiere disponer todos los apoyos y recursos que sean necesarios, ya sean de manera secuencial o simultánea. Consecuentemente, eliminar incompatibilidades, la fragmentación de los cuidados y apoyos, etc., es algo consustancial a este principio.

En definitiva, el principio de integralidad resulta esencial para lograr la máxima calidad de vida de la persona, de su entorno familiar y también lo es para el sistema organizativo, porque constituye el eje orientador de las políticas.

- La **participación** de las personas durante su envejecimiento contribuye positivamente a la mejora de la salud física y psicosocial o de la autoestima, tanto desde un enfoque de género (Agulló-Tomás *et al.*, 2002; Ramos Feijóo *et al.*, 2019), como desde el comunitario. Desde este principio se busca implicar a las personas a que sean partícipes de su toma de decisiones, formando parte de un envejecimiento productivo, con implicación social y que destaque el potencial humano y las capacidades de la persona

(Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez, de la Cruz, et al., 2017). En el ámbito de los CLD, este principio exige que sea inexcusable dar participación a la persona en la elaboración de su historia de vida, desde su subjetividad, así como en el diseño y desarrollo de su Plan de atención y de apoyo a su proyecto de vida (Bonafont, 2020).

- La **inclusión social** puede ser entendida desde una perspectiva muy amplia, en particular en Europa, donde los matices más unificados hablan de los derechos básicos de las personas ciudadanas (Atkinson et al., 2002). Cabe mencionar que, dentro de la política europea, la inclusión social es una de las once prioridades de la política de cohesión 2014-2020 (objetivo n.º 9). En particular, este objetivo trata sobre la lucha contra la pobreza y contra cualquier tipo de discriminación entre las personas ciudadanas europeas (Comisión Europea, 2020). Siguiendo este contexto, algunos ejemplos de inclusión social están relacionados con las prácticas que tratan de eliminar cualquier estereotipo, discriminación o, desde otro eje, que contribuya a la mejora de espacios en la comunidad para incorporar a las personas mayores o con discapacidad (ver, por ejemplo, Rodríguez Rodríguez y Mirete Valmala, 2018), incluyendo a quienes tienen una situación de dependencia importante. Para ello, es necesario contemplar que los recursos se planifiquen y diseñen desde el enfoque de proximidad y de intervención comunitaria, con lo cual se facilita la posibilidad real de permanecer y participar en el entorno y de tener acceso cercano a los recursos proveedores de cuidados y a los bienes sociales y culturales, en igualdad con el resto de la población. Desde el trabajo comunitario resulta muy conveniente la incorporación de alianzas y redes en el entorno en el que vive la persona (Ramos Feijóo, 2017).

- Por último, la aplicación del principio de **continuidad** de la atención propicia que las personas la reciban de manera coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso que suelen ir cambiando a lo largo del tiempo. En este sentido, la propia OMS (2015, 2021a y b) y otros autores, como García Navarro (2022) y Rodríguez y Mirete (2018) señalan que requieren especial continuidad de atención aquellas personas que se encuentran en situación grave de dependencia y de cronicidad hasta llegar al final de la vida. Además, todas las partes que intervienen en la atención, en especial el sistema sanitario y el de los servicios sociales, pero también el apoyo familiar e informal y los recursos comunitarios deben hacerlo de manera coordinada, flexible y adaptada a las necesidades cambiantes de la persona (Ramos Feijóo, 2017). Cuando la atención es especialmente compleja, como ocurrió durante la pandemia de la COVID-19, es cuando debe extremarse el celo y, por ello, anticiparse y generar cambios en los actuales sistemas sociales y sanitarios lo que resulta ya un objetivo inaplazable.

En el diagrama siguiente (Gráfico 1) se presentan de manera visual los ejes transversales (dignidad y derechos y valores de la Ética), así como la relación que debe producirse entre los principios orientadores de la atención y los criterios de actuación profesional para hacer posible su cumplimiento, tal como se acaba de presentar. En el diagrama también se incluyen los tres niveles de actuación en los que cabe la implementación del modelo:

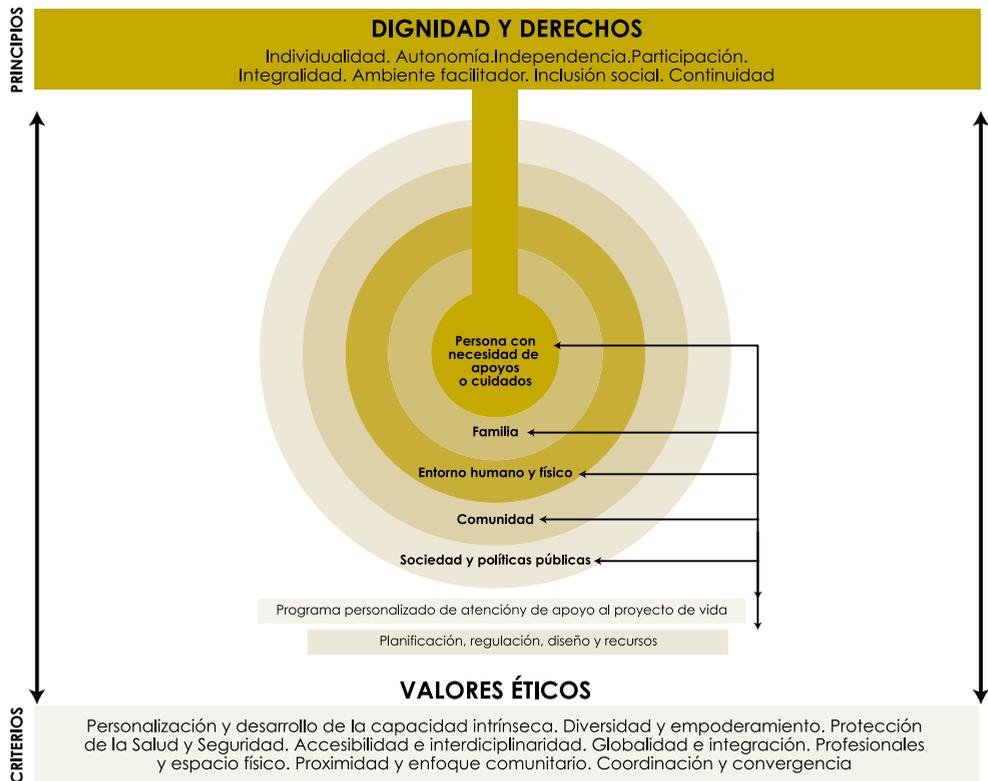
- Micro, incluye a las personas necesitadas de apoyos y cuidados y a sus familias cuidadoras y círculo personal cercano.
- Meso, en el que se comprende, por una parte, el entorno físico, fundamentalmente la vivienda de la persona, los

centros y recursos de atención y los espacios comunitarios y, por otra parte, las personas responsables del cuidado (proveedores, gestores, profesionales de atención continuada...).

- Macro, nivel en el que situaríamos a la comunidad y a la sociedad y las políticas públicas en el ámbito de los apoyos y cuidados.

Finalmente, en el diagrama también aparecen, por un lado, las actuaciones relacionadas con la planificación, regulación y diseño de los recursos, y, por otro, los programas personalizados de atención y de apoyo al proyecto de vida de cada persona.

Gráfico 1. Representación gráfica del modelo AICP



Fuente: Rodríguez Rodríguez, P. (2022): "Conceptualización del Modelo de Atención Integral y centrada en la persona" en Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà i Mancebos y Clarisa Ramos Feijóo (coords.): La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados. Madrid: Ed. Tecnos.

4. Objetivos de la investigación

Este proyecto se enmarca, como se ha mencionado, en el nuevo plan de acción y la Estrategia de Cuidados de la Comisión Europea y en el resto de las propuestas de Organismos Internacionales (la OECD, la OMS, la OIT), tratando de aportar soluciones para la consecución de los objetivos siguientes:

Objetivo general

Conocer las dificultades y fortalezas existentes, así como los cambios que se sugieren para adecuar la atención domiciliaria actual (social y sanitaria) a las necesidades de las personas que requieren CLD, mediante un sistema de atención que potencie su calidad de vida en el propio entorno comunitario y avanzar en el logro de un envejecimiento activo y saludable coherente con los postulados de la AICP y el nuevo paradigma de cuidados¹⁰.

Objetivos específicos

- Ahondar en el conocimiento de las dificultades concretas que experimentan los equipos profesionales que trabajan en el ámbito de los CLD en cuanto a la implementación y sostenibilidad de la atención domiciliaria integral y centrada en la persona, incidiendo en la perspectiva de coordinación entre

¹⁰ Para conseguir este objetivo se compara la atención que de manera tradicional (centrada en los servicios) se viene prestando en la mayoría de los lugares, con algunas experiencias que se realizan siguiendo un modelo sociosanitario alternativo (integral y centrado en las personas) y las recomendaciones de la comunidad científica.

la atención social y la sanitaria según experiencias previas vividas antes y durante la pandemia por COVID-19.

- Recoger opiniones de los agentes concernidos sobre cómo estiman que debería evolucionar el SAD y qué propuestas de mejora o transformación de los servicios de atención domiciliaria sugieren tras la crisis sociosanitaria de la COVID-19 para garantizar a las personas en situación de dependencia y/o discapacidad y a sus familias cuidadoras su derecho a continuar viviendo en su casa con calidad de vida y participando en la comunidad.
- Contrastar las opiniones de las profesionales que coordinan el SAD con las de las trabajadoras familiares o auxiliares que prestan el servicio en los domicilios sobre su propia percepción de la debilidades y fortalezas del servicio y las propuestas de mejora que realizan.

Se considera que plantearse y conseguir este último objetivo específico constituye una de las principales innovaciones que presenta la investigación desarrollada. Porque, si bien es pertinente explorar las opiniones, vivencias y sugerencias formuladas por voces expertas y por las personas que reciben los cuidados y las familias cuidadoras, también lo es, y de manera especial, escuchar y dar protagonismo a las personas profesionales que están más cerca de quienes precisan CLD y de sus familias cuidadoras; es decir, las responsables de la coordinación del SAD y las trabajadoras familiares o auxiliares que prestan directamente el servicio en los domicilios de las personas.

El proyecto está enfocado, pues, en los aprendizajes previos obtenidos antes y, sobre todo, a lo largo y después de la reciente pandemia de la COVID-19 en relación con la calidad y eficiencia de los modelos de cuidados de larga duración y para ello se ha tratado de extraer información que pueda resultar valiosa en términos de calidad, efectividad e impacto en futuros proyectos dirigidos en especial a personas mayores.

En cuanto a las **hipótesis de la investigación**, se han definido tres relacionadas con los beneficios que se aspiran a conseguir en la atención domiciliaria, mediante la implementación de la AICP, modelo respecto del cual se hipotetiza que:

- a. Proporciona mejoras en la capacidad funcional de las personas mayores y, por tanto, favorece que estas puedan ser y hacer lo que para ellas es importante y, por tanto, que puedan continuar desarrollando su proyecto de vida.
- b. Promueve mayor bienestar y calidad de vida de las cuidadoras familiares que el modelo basado en servicios, gracias a los apoyos que se ofrecen desde la AICP (acompañamiento, formación y respiro) para cuidar y cuidarse mejor. Con ello se evita que estas familias experimenten consecuencias negativas en diferentes ámbitos de su vida y que tengan que hacer renuncias importantes relacionadas con sus propios proyectos de vida, tal como se han descrito en especial por especialistas en el ámbito del feminismo y de los cuidados (Rodríguez Rodríguez, 2005; Fraser, 2015; Esquivel, 2015; Elizalde-San Miguel, 2018).
- c. Beneficia a los sistemas de los servicios sociales y sanitarios (proveedores y profesionales de la atención) porque, además de propiciar que las personas con necesidad de cuidados y sus familias puedan continuar viviendo bien en su entorno comunitario, se produce mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones y una más alta satisfacción entre los profesionales que trabajan en el ámbito de los CLD.

La consecución de las hipótesis y objetivos enunciados se apoya en el conocimiento acumulado, parte del cual se ha presentado en la Introducción, y en los resultados de algunas investigaciones y evaluación de proyectos en los que se ha podido constatar cómo la utilización de determinadas me-

todologías relacionadas con la AICP impacta positivamente en la consecución de los mismos. Así ocurre con la de gestión de casos (Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2014; Zalakain, 2022); la planificación y organización de los SAD desde la perspectiva integrada sociosanitaria (García Navarro, 2014, 2022; Herrera Molina *et al.*, 2014; Rodríguez Cabrero *et al.*, 2019); el trabajo comunitario (Arango Gaviria, 2010; Martínez Buján, 2022; Ramos Feijóo, 2017); y con la implementación de otros elementos de la AICP (Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez, de la Cruz *et al.*, 2017; Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2017; Stoop *et al.*, 2022) Tales proyectos coincidían en su propósito de apoyar el mantenimiento de una vejez saludable con calidad de vida y bienestar, poniendo como eje central a la persona y dando participación a la misma para construir con ella un itinerario de servicios para el desarrollo de un plan de atención y de apoyos para que siga desarrollando su propio proyecto de vida. Lo anterior, junto a cuanto se ha ido analizando desde los aprendizajes de la COVID-19 (Comas, 2020; Liu *et al.*, 2021; Rodríguez y Gonzalo, 2022), ofrecen un caleidoscopio de interés para avanzar en la implementación generalizada del modelo AICP.

Es preciso no olvidar la relevancia de la participación de las personas mayores en el diseño de sus planes y actividades. Autores como muchos de los citados insisten en que se trata de un indicador clave ya que mediante la misma las personas intuyen que la atención que van a recibir cubre sus expectativas y necesidades, creando de esta forma experiencias positivas en la atención domiciliaria (Stoop *et al.*, 2020). La idea de profundizar en las necesidades de las personas coincide a su vez con el caso de estudio cualitativo de Youssef, *et al.*, (2020). Por su parte, las aportaciones de Power *et al.*, (2020) muestran que para incorporar el modelo de AICP se requiere la consideración de las opiniones de las y los pacientes para lograr los objetivos y ajustarse a los indicadores planificados.

Por último, este documento muestra las experiencias y dificultades que los interlocutores de nuestra investigación han encontrado en cuanto a la implementación y sostenibilidad de la atención domiciliaria integral y centrada en la persona desde una perspectiva sociosanitaria previo al comienzo y durante la pandemia por COVID-19. También se profundiza en aspectos que pueden dar respuesta y se han analizado desde la crisis del modelo de cuidados domiciliarios en tiempos de pandemia a través de diversas perspectivas y opiniones (voces expertas, profesionales del SAD, personas en situación de dependencia y/o discapacidad y personas cuidadoras familiares).

5. Metodología

La metodología adoptada en este estudio sigue un enfoque participativo a partir de la identificación de indicadores sociales basados en la estrategia de triangulación, cuyo interés ha sido abordado ampliamente en la investigación social, desde Campbell y Fiske (1959; Ibáñez, 1985; García Ferrando *et al.*, 1994) hasta autores/as más contemporáneos (Dabbagh, 2023; Perelló, 2009; Sánchez, 2019; Zorrilla-Muñoz *et al.*, 2019, entre otros/as). Esta aproximación multimétodo se denomina así porque aplica la combinación de métodos, técnicas y diferentes enfoques a partir de la obtención de datos tanto cuantitativos como cualitativos.

Para la aplicación de esta metodología se comienza con una amplia revisión bibliográfica sobre los diversos aspectos que atañen a la atención domiciliaria tal como se presta en la actualidad, así como de las estrategias que se vienen proponiendo por la comunidad experta para su transformación. En cuanto al trabajo de campo, se han aplicado dos métodos de análisis: las técnicas cualitativas a partir de los discursos de los protagonistas del SAD, recogidos en material empírico primario, y las técnicas cuantitativas a partir de la explotación de datos de dos encuestas diseñadas *ad hoc*. A su vez, se ha establecido un análisis a través de cinco etapas claves, que son:

1. Revisión y estudio de la bibliografía existente en la materia, la cual se llevó a cabo desde enero de 2020 (justo antes

del comienzo de la pandemia, aunque se incluyeron estudios que estaban hechos con anterioridad al 2020) hasta abril de 2022. Las bases de datos buscadas incluyeron las siguientes: Dialnet (n=2), Pubmed (n=57), Scopus (n=23) y Google Scholar (n=15.700 resultados). También se hizo la búsqueda en la base de datos REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) que no devolvió ningún documento. Se incluyeron las palabras clave tanto en inglés como en castellano: 'older people/older adults/elderly', 'home care', 'integrated person centered care', y 'community based care'. También se hizo una segunda exploración utilizando 'home care technology'. Las palabras clave se vincularon mediante el uso de 'AND' u 'OR', en los casos de 'community based care', 'home care', y 'home care technology'.

2. Recogida y análisis de la opinión de personas expertas en gerontología y en atención y CLD sobre la viabilidad de un cambio de modelo en la atención domiciliaria sociosanitaria que tenga en cuenta la participación de las personas y la coordinación de servicios con implicación de la comunidad mediante la gestión de casos o coordinación de servicios o prestaciones económicas.
3. Recolección y análisis de la opinión de los equipos profesionales de atención directa en los propios domicilios a personas que requieren apoyos y CLD sobre las debilidades y oportunidades que observan en el SAD para avanzar en un cambio de modelo que ofrezca mayores garantías de calidad y garantice la dignidad y los derechos de las personas.
4. Obtención de la opinión de equipos profesionales sociales y sanitarios que diseñan y realizan la atención en domicilios desde postulados inspirados en la atención integral y centrada en las personas.

5. Recogida y análisis de las narrativas de las personas mayores que viven en sus domicilios y de sus familiares sobre la satisfacción con la atención a domicilio que reciben y los aspectos de mejora que plantean.
6. Análisis de los resultados, tanto de la revisión bibliográfica como de los obtenidos en el trabajo de campo, y deducir las fortalezas y debilidades de la atención domiciliaria desde los dos modelos de atención que se comparan, así como las recomendaciones y líneas de mejora que se sugieren por parte de las personas de las que se ha recogido información.

5.1. Análisis cualitativo

Mediante la fase de la investigación cualitativa se trataba de aproximarnos a la exploración y comprensión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en su aplicación directa, sus beneficios, carencias y dificultades, y hacerlo a través de la visión de sus principales protagonistas (las personas expertas en CLD y servicios sociales, profesionales de la intervención, gerentes y coordinadoras del SAD que se presta directamente en los domicilios...).

En cuanto a la elección de esta modalidad metodológica, como es bien conocido, es la que resulta más adecuada cuando se intenta comprender en profundidad un fenómeno o problemática, analizar sus diferentes facetas y buscar nuevas ideas para resolver las carencias o para avanzar explorando otras líneas de intervención que resulten innovadoras. En nuestro caso, este era el propósito: explorar de forma intensiva el rol que puede adoptar el SAD desde una perspectiva transversal y transformadora, desde las propuestas de la AICP.

Para la obtención de resultados en esta fase se utilizaron algunas de las técnicas propias de la metodología cualitativa. En concreto, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas,

grupos de discusión y grupos triangulares con profesionales, personas expertas cualificadas, además de las propias personas mayores. Aunque inicialmente se propuso la realización de 9 entrevistas, después la muestra resultó ampliada para alcanzar una más diversa variedad de informantes clave. Con ello, finalmente se han llevado a cabo doce entrevistas y dos grupos triangulares, en los que participaron un total de 23 personas, de las cuales 16 son mujeres (70%) y 7 hombres (30%). A su vez, 11 personas se corresponden con un perfil de experta, 11 con perfil profesional sociosanitario y 1 sanitario. También se realizaron dos grupos de discusión: uno entre personas mayores y con discapacidad que reciben atención domiciliaria y el otro con familias cuidadoras. Ambos grupos de discusión se llevaron a cabo mediante videoconferencia, debido a las restricciones y temores derivados de la pandemia.

La explotación de datos se llevó a cabo con el programa Atlas.ti (v) en base a 22 códigos (véase la Tabla 1 en Anexos). Con toda la información recogida relativa a la opinión de personas expertas, profesionales de atención directa en el SAD, personas que reciben el servicio y familias cuidadoras, se desarrolló la parte de análisis cualitativo.

5.2. Análisis cuantitativo; dos encuestas

Se llevaron a cabo, tanto el diseño correspondiente de las dos muestras relacionadas con profesionales del SAD, como la elaboración de dos cuestionarios: uno dirigido a personas coordinadoras o responsables del SAD y de la atención sociosanitaria, y otro para ser aplicado entre auxiliares del mismo (o trabajadoras familiares en la terminología que se utiliza en Cataluña, Navarra y País Vasco). En ambos cuestionarios se contenían aspectos sobre los beneficios vs dificultades para la prestación adecuada de la atención domiciliaria: su conceptualización, modos de acceso, horas de atención, compatibilidad con

otros servicios, tipo de tareas, *ratios* y roles profesionales visión personal sobre estos recursos y su futura evolución, así como otros aspectos relacionados con el desempeño profesional.

El tamaño de la muestra inicial estimada fue de 385 personas conforme a los datos del INE (2021). Según la base de datos de este Instituto, en el año 2020, 1.215.600 de personas fueron trabajadoras del servicio de salud y cuidado de personas, de las cuales 947.600 son mujeres y 267.700 son hombres. Sobre el dato global del 2020 se obtuvo un valor de muestra de 383 personas, con un nivel de confianza al 95%, precisión del 3%, proporción del 8% y con unas pérdidas esperadas del 18%. Es decir, teóricamente, 84 de las personas encuestadas deberían ser hombres y 299 mujeres. Si se ajustan los datos a la proporción de la muestra al 5% y manteniendo constantes el resto de los valores (nivel de confianza al 95%, precisión del 3% y pérdidas esperadas del 18%), el resultado final se estimó en un máximo de 238 personas encuestadas. Manteniendo el mismo nivel de confianza, precisión, proporción y pérdidas esperadas de este último cálculo a partir de los datos del IMSERSO 2021 (es decir, considerando 264.116 personas que reciben ayuda a domicilio sobre el total de 1.151.334 personas que reciben una prestación en España), se obtiene el mismo tamaño muestral de 238 personas. La muestra comienza a reducirse si se tiene en cuenta que cada trabajadora familiar o auxiliar del SAD atiende de media a un número igual o superior a 6 personas en situación de dependencia. Según algunos resultados cualitativos obtenidos en las entrevistas, la *ratio* de las personas que coordinan el servicio suele ser, aproximadamente, de 80 personas por cada una, con lo que la muestra alcanzó finalmente 200 personas, de las cuales 83 son personas coordinadoras y 117 son trabajadoras familiares y/o auxiliares del SAD, o de la atención domiciliaria sanitaria.

Por último, cabe reseñar como mayor limitación del presente estudio, la dificultad que supuso acceder a las trabajadoras y

coordinadoras del SAAD por ser un grupo profesional pequeño y desagregado territorialmente, por la propia conformación y naturaleza del servicio, así como por la dificultad misma de contactar de forma directa con dichas profesionales. Esta dificultad de base ha supuesto la obtención de una muestra suficiente, pero que está por debajo de la estimada. No obstante, justamente por ello, cobra especial interés los resultados del estudio, que podrán ser ampliados y/o complementados en futuras investigaciones, así como servir de base para el diseño de proyectos de evaluación y/o intervención al ofrecer claves interpretativas e información relevante para el conocimiento de este grupo profesional en particular y del trabajo de cuidados en general.

6. Resultados

Los resultados se dividen en 5 apartados principales: 1) caracterización general de las muestras, 2) el impacto de la pandemia en la atención domiciliaria, 3) la coordinación entre sectores, especialmente, sociales y sanitarios, y el uso de herramientas comunes para la adecuación a la calidad, eficacia y eficiencia en la atención domiciliaria, 4) las profesionales coordinadoras del SAD y las trabajadoras familiares y/o auxiliares y su papel actual y futuro en la mejora de la atención domiciliaria y, 5) la accesibilidad, los dispositivos de apoyo y las tecnologías para el futuro de los cuidados y la atención domiciliaria.

6.1. Caracterización general de las muestras de profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): coordinadoras y auxiliares/trabajadoras familiares

Como es de esperar por la enorme feminización del trabajo que existe en los servicios sociales, destaca como principal rasgo de las muestras el alto porcentaje de mujeres que la componen. En el caso de las figuras de coordinación, se trata de 78 mujeres en total, lo que supone el 93,97% de la muestra. A su vez, la edad media de estas personas es de $46,06 \pm 1,01$ años, considerando que solo una persona encuestada tiene más de 60 años. Por otra parte, 40 personas (48,19%) respondieron que su comunidad autónoma de trabajo es la Comunidad de Madrid, seguida de 14 personas de Navarra (16,87%).

El perfil profesional de estas personas en su gran mayoría se corresponde con el de Trabajo Social, destacando que 44 personas (53,01 %) respondieron que la entidad donde trabajan es de tipo privado, a lo que le sigue 27 personas del ámbito público (32,53%) y solamente 12 (14,46%) trabajan en una entidad del Tercer Sector.

Sobre la existencia de acuerdos formales de coordinación con el sector salud, 32 personas (53,33%) declararon que sí se había establecido algún tipo de acuerdo y, al menos un programa sociosanitario frente a 28 personas (46,67%) que indicaron trabajar lo sociosanitario por la *buena disposición* de las personas coordinadoras. Los años medios de desempeño del trabajo en estas personas es de $13,33 \pm 1,04$. El ámbito de la entidad es, de forma mayoritaria, los servicios sociales (55 respuestas, 66,27%). En la pregunta sobre el tipo SAD o Servicio de atención domiciliaria donde trabaja, un total de 53 personas (64,63%) indicó que pertenecía tanto al derivado del Sistema de Autonomía y Dependencia (SAAD) como al tradicional de los servicios sociales municipales.

Se recoge en la siguiente tabla la información sobre los datos sociodemográficos, comunidad autónoma en la que trabajan, perfil profesional y años de desempeño, tipo de entidad en la que prestan servicios, así como la existencia o no de acuerdos de coordinación y modalidad del SAD que coordinan.

Tabla 2. Datos descriptivos de las personas coordinadoras del SAD encuestadas

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 83) [MEDIA ± DT] [N (%) DE 83]	
Sexo	Mujeres	78	(93,97)
	Hombres	5	(6,02)
Edad	Total	46,06 ± 1,01	
	<60 años	42,84 ± 1,00 (n=82)	
	=>60 años	n=1	
Comunidad de trabajo	Andalucía	1	(1,20)
	Aragón	3	(3,61)
	Cantabria	2	(2,41)
	Castilla y León	1	(1,20)
	Castilla-La Mancha	4	(4,82)
	Cataluña	3	(3,61)
	Comunidad de Madrid	40	(48,19)
	Comunitat Valenciana	6	(7,23)
	Euskadi	1	(1,20)
	Extremadura	2	(2,41)
	Galicia	2	(2,41)
	La Rioja	4	(4,82)
	Navarra	14	(16,87)

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 83) [MEDIA ± DT] [N (%) DE 83]	
Perfil profesional	Administrativa	1	(1,20)
	Directora de servicios socio sanitario	1	(1,20)
	Profesional de Trabajo Social	78	(93,98)
	Psicóloga/o	2	(2,41)
	Terapeuta Ocupacional	1	(1,20)
Perfil de la entidad donde trabaja	Pública	27	(32,53)
	Privada	44	(53,01)
	Tercer sector/Organización de la Sociedad Civil	12	(14,46)
Años desempeñando el trabajo		13,33 ± 1,04	
¿La coordinación está establecida mediante acuerdos formales del sistema de salud y de los servicios sociales?	Sí, existen esos acuerdos y un programa socio sanitario	32	(53,33)
	No, la atención la hacemos por la buena disposición de los/as profesionales	28	(46,67)
¿El SAD o Servicio de atención domiciliaria donde trabaja es?	El derivado del SAAD (Sistema de Autonomía y Dependencia)	19	(31,17)
	El tradicional de los Servicios Sociales	10	(12,20)
	Ambos	53	(64,63)

Fuente: C. Giménez y X. Valente (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes.

Ahora bien, si se observa el perfil profesional de las coordinadoras del SAD encuestadas en relación con el perfil de la entidad proveedora, destaca que hay mayor cantidad de trabajadoras sociales que proceden del sector privado (Ver Tabla 3). Siendo escasa la representación de otros perfiles en la muestra obtenida, su distribución por perfil de entidad ofrece una información más completa de estos.

Tabla 3. Datos descriptivos sobre el perfil profesional y entidad de las coordinadoras del SAD

PERFIL PROFESIONAL	PERFIL DE LA ENTIDAD			
	Organización de la sociedad civil (Tercer Sector)	Privada	Pública	Total
Administrativa	1			1
Directora de servicios sociosanitarios		1		1
Profesional de trabajo social	11	41	26	78
Psicóloga			1	1
Psicólogo		1		1
Terapeuta ocupacional		1		1
Total	12	44	27	83

Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83).

En el caso de las trabajadoras familiares o auxiliares que conforman la segunda de las muestras elaboradas, de las 117 encuestadas, el 114 son mujeres y 3 son hombres, ratificando la fuerte feminización del sector previamente indicada. Entre los datos que se ofrecen sobre el perfil sociodemográfico (Tabla 4) destaca que la mayor parte de las personas que respondieron han nacido en España (un total de 76 personas, 64,95%) frente a 41 personas de otros países (35,05%). Entre estas últimas, destaca las personas procedentes de Latinoamérica (n=34). En cuanto a la edad, la media es de 46,52 años, existiendo solo 4 personas con más de 60 años. En relación a la comunidad autónoma en la que trabajan, la mayor parte de quienes han respondido nuestro cuestionario procede de Madrid (34,48%), seguida de Andalucía (20,69%) y Navarra (12,93%).

Un total de 108 trabajadoras encuestadas han obtenido el certificado de profesionalidad, lo que equivale a un 92,30%. La media de años que llevan desempeñando el trabajo de SAD es de 10,04 años y, en cuanto al tipo de jornada, 14 personas trabajan los fines de semana, frente a 34 que no lo hace, siendo mayoría quienes están contratadas con jornada a tiempo parcial (84 personas, 71,79%), mientras que solamente 26 lo hacen a tiempo completo (22,22%). En línea con lo señalado respecto del perfil coordinador, en este caso también son mayoría quienes trabajan en una entidad privada (53,98%). Por último, cuando se aplicó la encuesta, 28 personas (24,35%) se habían contagiado del virus SARS-CoV-2, frente a 87 que no lo habían hecho (75,65%).

Tabla 4. Datos descriptivos sociodemográficos y perfil de las personas trabajadoras familiares y auxiliares del SAD

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 117) [MEDIA ± DT] [N (%) DE 117]	
Sexo	Mujeres	114	(97,43)
	Hombres	3	(0,02)
Edad	Media	46,52 ± 1,02	
	<60 años	44,62 ± 0,99 (n=113)	
	=>60 años	62,09 ± 0,39 (n=4)	
País de nacimiento	España	76	(64,95)
	Otro país (Francia, Venezuela, Perú entre otros)	41	(35,05)

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 117) [MEDIA ± DT] [N (%) DE 117]	
Comunidad de trabajo	Aragón	1	(0,86)
	Canarias	14	(12,07)
	Castilla-La Mancha	1	(0,86)
	Cataluña	8	(6,90)
	Comunidad de Madrid	40	(34,48)
	Comunitat Valenciana	4	(3,45)
	Euskadi	1	(0,86)
	Extremadura	7	(6,03)
	Galicia	1	(0,86)
	Navarra	15	(12,93)
Certificado de profesionalidad	Sí	108	(92,30)
	No	8	(6,83)
	No contesta	1	(0,87)
Perfil de la entidad donde trabaja	Privada	61	(53,98)
	Pública	47	(41,59)
	Tercer sector	5	(4,42)
Años desempeñando el trabajo		10,04 ± 0,73	
Trabaja los fines de semana	Sí	14	(11,11)
	No	34	(26,98)

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIDEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 117) [MEDIA ± DT] [N (%) DE 117]	
Horario habitual de trabajo	Jornada a tiempo parcial (mañana, tarde y/o noche)	84	(71,79)
	Jornada completa	26	(22,22)
	Fines de semana, vacaciones y sustituciones (bajas)	2	(1,71)
	Por horas: 30 horas semanales	5	(4,27)
¿Se ha contagiado del virus que provoca la COVID-19?	No	87	(75,65)
	Si	28	(24,35)

Fuente: cuestionario de trabajadoras familiares y auxiliares del SAD (n=117).

6.2. El impacto de la pandemia en la atención domiciliaria

Durante la pandemia se visibilizaron muchas barreras y dificultades en la atención domiciliaria que, si bien muchas de ellas ya se habían detectado con anterioridad, después aparecieron con mayor claridad y agravadas por la situación provocada por la COVID-19. En primer lugar, en bastantes discursos se comenta la pérdida de la interacción social y relaciones humanas que antes era posible. Incluso la comunicación resultó menos efectiva que antes de la llegada de la pandemia, porque a veces se tenía que hacer a través del teléfono y, en ocasiones, se hablaba con la familia y no con la persona receptora del SAD.

En general, se alude a la interrupción, cuando no pérdida, del proyecto vital de las personas mayores, y también el de las y los familiares que cuidan, incidiéndose en que las personas dedicadas a la atención domiciliaria tuvieron que hacer grandes esfuerzos para familiarizarse con una situación imprevista y sin medios para afrontarla. Desde la llegada de la COVID-19 se

visibilizaron claramente las barreras en la intervención sociosanitaria ligadas a las recomendaciones políticas (por ejemplo, la escasez de mascarillas y otros materiales protectores para trabajadoras en los primeros meses de pandemia, las limitaciones para el acceso a las personas que requieren cuidados en su domicilio, así como la suspensión de la continuidad de la atención familiar desde equipos de trabajo, entre otras). Por otra parte, también se mencionan en algunos discursos las limitaciones de estas medidas protectoras sobre las personas cuidadas, como sucede con el uso de la mascarilla en personas mayores con hipoacusia o discapacidad auditiva, al no poder entender a la persona que habla. En suma, estos y otros efectos adversos han dejado un impacto global en todo el ámbito de la atención domiciliaria, en especial en las personas protagonistas del SAD: personas cuidadas, sus familias y las profesionales.

«[...] se ha perdido la relación humana, la interacción más afectiva, la cercanía [...] tener que tocarnos con un guante que de por sí, es un roce totalmente desagradable [...] Ni proyecto vital, ni nada...».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«[...] las restricciones hicieron que muchas visitas presenciales o mucha, mucha de la atención presencial se suspendiera; de hecho, en algunos sitios se sigue restringiendo bastante. Sí podías acompañar a una persona, pero tenías que centrar todos tus recuerdos en la voz, en la entonación, en la escucha. O sea, perdía sentidos, perdía vías de obtener información... hemos hecho un esfuerzo inmenso».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

«El tema de la mascarilla cuando una persona tiene discapacidad auditiva es una barrera a la comunicación. Muchas personas mayores te lo dicen: “Es que me pierdo. No te entiendo”. Pero si les cuesta interpretar el gesto igual que a nosotros, nos perdemos parte de la comunicación no verbal. Eso son barreras que te hacen sentir frustración, tristeza, impotencia».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

En segundo lugar y, unido a lo anterior, muchas personas mayores necesitadas de cuidados perdieron sus capacidades funcionales y cognitivas durante el contexto de pandemia, debido a las dificultades generadas por el confinamiento o el miedo al contagio. Todo esto también ha incrementado las distintas emociones negativas que la pandemia produjo en algunas personas, en particular, la tristeza, la ansiedad y la angustia, lo que también ha podido favorecer el desarrollo de situaciones de soledad no deseada y empeorar las enfermedades y cronicidades de la persona. En esta línea, también se hace mención al incremento de la medicalización, en particular, de los psicofármacos para paliar trastornos como el estrés y ansiedad sufridos por el desgaste del confinamiento y la reducción de la vida social. Además, en este proceso, la falta de acompañamiento en los primeros meses de pandemia también hizo que afloraran más sentimientos melancólicos y la experimentación de la soledad en personas en situación de dependencia. En suma, según nuestros datos, se confirma que la pandemia ha reducido la calidad de los cuidados y la atención domiciliaria.

En el cuadro siguiente se recogen algunas de las opiniones que formulan las personas entrevistadas sobre el impacto que

la pandemia supuso en las personas mayores, según se ha comentado:

«Todas las personas mayores han sufrido pérdida de masa muscular, pérdida de masa ósea por no poder salir a la calle. Pero, además, hay otro tema muy importante y es que con la falta de interacción social han sufrido y tienen más ansiedad y tienen más insomnio y más depresión, con lo cual están tomando más psicofármacos [...]».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

«Yo creo que el peor efecto que ha tenido ha sido el aislamiento, el sentimiento de abandono que han tenido muchas de nuestras personas usuarias y que además ha repercutido a nivel cognitivo en aumentar el deterioro. Sobre todo, aquellas personas que no tenían los medios tecnológicos para poder seguir manteniendo el contacto».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

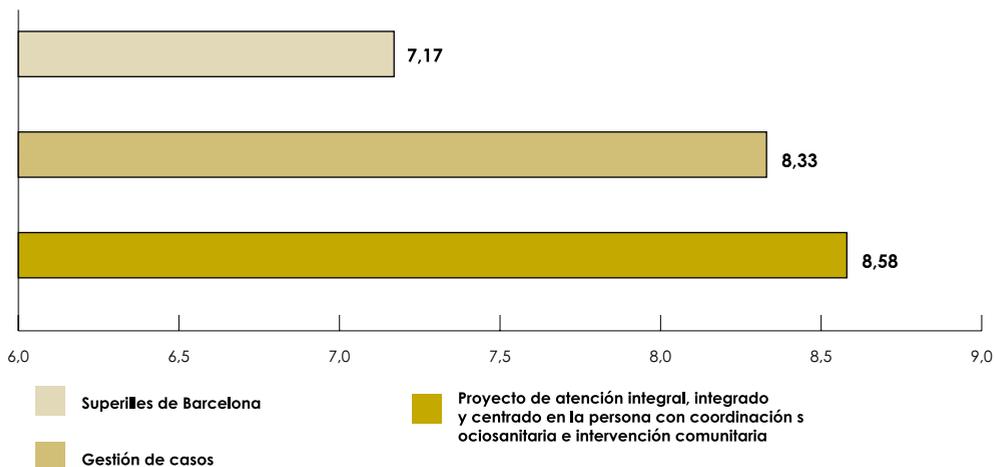
«El confinamiento domiciliario ha supuesto que ha habido una disminución importantísima de las atenciones domiciliarias y de la presencia física, con lo cual lo que hay es, no te voy a decir un abandono, pero sí una dificultad enorme de las personas para acceder a sus profesionales de referencia, tanto de servicios sociales como de servicios sanitarios, con lo cual esto ha sido una barrera enorme para la integración. [...] Se ha visto el deterioro en las enfermedades crónicas, en general están peor controladas».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

En cuanto a la atención domiciliaria más innovadora, cuestión sobre la que se indagó en nuestro estudio, pudo constatarse, como ya se hipotetizaba en el momento del diseño, que muchas de las personas que están prestando servicios profesionales en el SAD desconocen el contenido de determinadas metodologías, como las relacionadas con el propio modelo AICP y la gestión de casos, o algunas experiencias recientes, como las *Superilles*, desarrollada en el ayuntamiento de Barcelona.

En este sentido, hay que tener en cuenta al analizar los datos que se presentan en el gráfico 1 que no respondieron la totalidad de las personas entrevistadas a la pregunta sobre su valoración sobre determinados programas e iniciativas innovadoras. La valoración de dichas iniciativas se realizó en base a una escala del 0 al 10, desde nada eficientes y de mala calidad a muy eficientes y de buena calidad. Para el ítem sobre gestión de casos, respondieron 52 personas, con una valoración media de 8.33, en la de proyectos de atención integrada contestaron 50 personas, con una valoración media de 8.58 (la mayor) y, finalmente, en la relacionada con las *Superilles* de Barcelona solo han respondido 18 personas con una media de 7,17. Dado el tamaño de la muestra, particularmente en este último ítem, conviene considerar con precaución los valores indicados ya que parece que sugieren desconocimiento de esta modalidad de atención.

Gráfico 2. Valoración media de la eficiencia y calidad de cuidados cuando se utilizan metodologías innovadoras en el SAD por parte de las coordinadoras del SAD



Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=52). Escala Likert 0 a 10.

Teniendo en cuenta este mayor desconocimiento de los tipos de cuidados más innovadoras, como ya se había constatado, sobre todo, en la fase cualitativa de la investigación, en el cuestionario se incluyó una pregunta para recoger opiniones sobre lo que se identificó como “otros tipos de cuidados”. A continuación, se resumen algunas de las respuestas registradas correspondientes a la submuestra de las profesionales de Navarra, con más experiencia en atención socio-sanitaria.

- *“Falta de tiempo y excesiva ratio de usuarios por profesional lo que no te permite realizar un trabajo con la persona que recibe el SAD ni con su familia”.*
- *“Es muy importante la figura de educadora social para el trabajo con las familias del SAD socio-sanitario”.*
- *“Hay que trabajar el modelo de atención integral centrada en la persona, es muy satisfactorio para las personas”.*

En otro orden de cosas, la pandemia también puso de manifiesto la dificultad que presentan las áreas rurales con dispersión geográfica al disponer de menos recursos que las urbanas, en particular, en aquellas regiones donde existen, *per se*, dificultades que repercuten, sobre todo, en una insuficiente cantidad de profesionales itinerantes que se ocupen de atender a las personas que residen en ellas. Así ha podido quedar patente en las entrevistas a personas expertas y proveedores de SAD. Se coincide en formular como propuesta el apoyo a los desplazamientos que se realizan a los domicilios de las personas para mejorar la calidad y la eficiencia en la atención sociosanitaria, tal como señalan los siguientes fragmentos:

«[...] no tiene nada que ver cuidar a una persona con un nivel de dependencia equis en una ciudad, donde tiene recursos a disposición, medios técnicos, managers, etc. que estar en un pueblecito aislado en el que tus medios son escasos, los recursos y servicios escasos, cualquier cosa significa un desplazamiento y con mucha menos capacidad de manejo en un terreno tan despoblado».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«Aquí también cabe diferenciar lo rural de lo urbano. Estar en un entorno rural es inasumible económicamente. Porque la persona que viene en su coche quiere gasolina».

(E1, MUJER, EXPERTA)

«El mundo rural es otra dimensión. Aquí no encuentran ni siquiera gente, pero es que ni para la ayuda a domicilio ni para interna [...]. Las comunicaciones son complicadas porque o tienes un coche o tú no vas a ningún sitio».

(GRUPO DE FAMILIAS, MUJER FAMILIAR CUIDADORA)

«Mira, en mi caso, por ejemplo, viviendo sola en el pueblo me vendría de lujo porque la auxiliar tendría que venir obligadamente con coche. Pues me podría llevar ese día a tal hora a la consulta, al centro de salud, podría ir a la farmacia a recoger no sé qué medicación».

(GRUPO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, MUJER)

Esta situación también es reconocida por una de las coordinadoras encuestadas que lo expresa en los siguientes términos: "Tendría que primar la calidad en los servicios, y las políticas sociales deberían ir en esa línea y teniendo en cuenta las zonas rurales con una densidad de población baja. Este factor es clave a la hora de organizar el SAD".

De manera contraria, también se alude a la existencia de barreras para el acercamiento de la intervención sociosanitaria en las ciudades, según la experiencia que relatan las profesionales del SAD. Además, la disposición de los sistemas administrativos y políticos en las áreas rurales puede ser más favorable (existe una red más cercana y de confianza, disponibilidad y, en algunos casos, hasta flexibilidad...). En las ciudades, el volumen de personas que requiere atención se ha visto disparado y es más complejo atender por otro tipo de limitaciones que no son económicas, como la organización para la atención domiciliaria en el contexto urbano.

«[...] nosotros habíamos establecido empezar a desarrollar este programa de atención integrada sociosanitaria domiciliaria, que en algunas comarcas ya existe [...] Pero cuanto más nos acercamos a las ciudades, más complicado es, porque el volumen de personas se dispara y las áreas básicas de servicios sociales, a pesar de que tienen más presupuesto que en el ámbito rural, tienen muchas más limitaciones».

(E5 HOMBRE, EXPERTO)

«[...] cuando es un auxiliar que tiene vocación y, sobre todo cuando son pueblos pequeños, lo hacen ya de manera innata. Entonces se presenta con el concejal a decirle “Manuel, no es posible que Pepita no reciba el expediente y van directamente”. Ya hablan con el concejal del pueblo para que reciba su persona usuaria las cosas que ellos consideran que hacen falta...».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

En cuanto a lo que atañe a los aspectos de la gestión y financiación de recursos, en especial del SAD, la pandemia ha visibilizado más aún las limitaciones en cuanto a los precios asumidos en las contrataciones concursales públicas, donde se recoge un precio establecido máximo que, en general, no se corresponde con un buen servicio. De esta forma, las profesionales que han participado en esta investigación indican que se está contribuyendo a reducir la calidad del SAD, proponiéndose por parte de las mismas que las contrataciones deberían ir acompañadas por una evaluación técnica realista, rigurosa y congruente.

«[...] creo que es también responsabilidad de todos evitar que las administraciones saquen las licitaciones a precio. No puede ser, yo de verdad creo que no hay argumento que lo pueda sostener [...] Luego la repercusión está en la calidad de la prestación, e, insisto, en la calidad de las condiciones laborales de las trabajadoras y los trabajadores de ese sector. Y creo que la administración tiene que, internamente, realizar el trabajo que precise, con sus servicios de intervención jurídica, con la legislación actual y sentarse y pensar alternativas donde primero haya un proyecto y que el proyecto pase por tener luego una evaluación técnica y financiera».

(E7, MUJER, PROFESIONAL)

«Entonces nosotros no podemos ir más allá de lo que nos piden. De todas formas, muchas Administraciones están pidiendo ofertas que se enmarquen de acuerdo con los principios del modelo, pero esto tiene que ir acompañado de presupuesto para garantizar que se traduzca en una calidad mayor para el cliente. Y entonces, por eso, en el último concurso no nos presentamos y quedó desierto».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

En definitiva, se ha recogido una opinión generalizada acerca de que, desde la prestación pública del SAD, la *ratio* de profesionales y el precio por hora no se apoya en un cálculo sostenible ni para las personas trabajadoras ni para las entidades por lo que se sigue manteniendo un sistema precario y con condiciones laborales mermadas, lejos de lo que se propone desde la AICP. Desde el sistema privado de provisión se hace

mención a que el cambio de modelo es complejo y lleno de dificultades, principalmente, porque no se puede costear el personal necesario todo el tiempo que se precisaría para hacer un buen acompañamiento y, mucho más, si tienen que intervenir otros profesionales (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, personal de psicología...). En definitiva, la escasez de recursos económicos, de personal disponible y la limitación del tiempo que se dedica a la intervención parecen ser algunos de los problemas que se ha intensificado más aún desde el comienzo de la pandemia. En nuestros resultados se recoge de manera generalizada que la mejora del servicio necesita de una dignificación de las trabajadoras del sector aumentando su salario y mejorando sus condiciones laborales.

«Nosotros iríamos encantados al 90 por ciento del tiempo con fisio, psicólogo y dar un cuidado especializado, pero no tenemos, no tenemos ratio. Ahora mismo estamos empezando a trabajar, no digo que, a pérdidas, pero vamos... Estamos encendiendo la mecha y ese ratio es que no creo ni que lo hayamos calculado».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

«[...] yo contaba con recursos económicos para activar lo que hiciera falta. [...] teníamos dinero para hacerlo. Vale, tenía tiempo y dinero y eso facilitó las mejoras que introdujimos, pero ahora, con la pandemia, es diferente...».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

«lo más importante es la dignificación del sector y para eso lo primero que teníamos que hacer era generar el aumento salarial por hora de las auxiliares de ayuda a domicilio».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

«[...] creo que la administración tiene que generar valor con la red de servicios que crea. Creo que el servicio a domicilio tiene que concederse como tal, como servicio, igual que un centro de día, que una residencia, que una teleasistencia. Creo que, si existiera una partida presupuestaria aprobada, finalista, donde pusiera que después del Plan Individualizado de Atención, de la valoración, tiene reconocidas 20 horas, esas 20 horas de prestación y su financiación tendrían que ir a la entidad que gestiona, no sólo parte».

(E7, MUJER, PROFESIONAL)

«Es porque llega un momento en que la médico de cabecera no te da lo que pides y no te puede ayudar más; la trabajadora social tampoco... Además, las pobres siempre están desbordadas...».

(GRUPO DE FAMILIAS, MUJER FAMILIAR CUIDADORA)

En cuanto a las necesidades percibidas para la mejora del SAD, el cuestionario de personas coordinadoras recogía diversos aspectos relacionados con diferentes cuestiones, tal y como se muestra en el gráfico 2. En particular, es de interés recalcar que la gran mayoría de las respuestas que se corresponden con 56 personas (67,47% sobre el total de 83 participantes) indi-

caron que la mejora del servicio de atención domiciliaria para alcanzar una forma más integrada y centrada en la persona se relaciona directamente con “Que en los contratos se prime la calidad, la eficacia y la eficiencia sobre el precio” y “Que las horas de la prestación del SAD no estén prefijadas en relación a un grado de dependencia sino según características del caso y teniendo en cuenta las preferencias de las personas” (26 respuestas, 31,32% de participantes). Estas dos cuestiones se considera que resulta clave tenerlas en cuenta para la transformación del modelo, y en ello también se hizo incidencia, como se ha visto, en los discursos recogidos en la fase cualitativa.

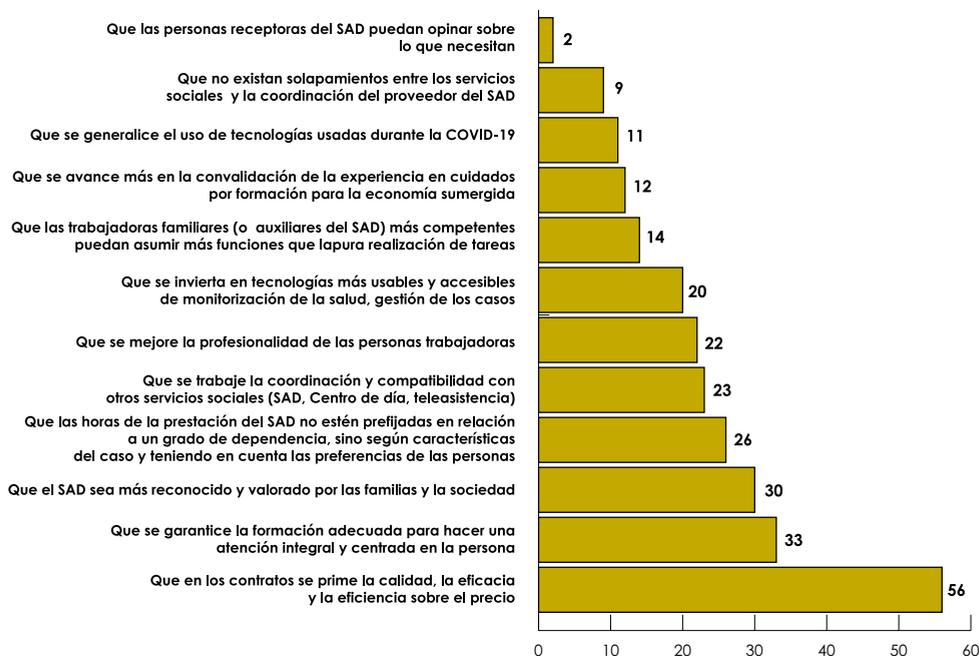
Otro aspecto que de manera recurrente continúa encontrándose en los estudios sobre el SAD (FEMP, Fundación Pilares, Fundación Caser, 2015), aparece también en nuestra investigación. Voces diferentes, tanto de las recogidas en la parte cualitativa como en las encuestas, destacan la errónea comprensión del servicio y las imágenes distorsionadas o negativas que existen sobre el mismo. En este sentido, una propuesta clara que vuelve a aparecer en las encuestas es que se incremente la información a las personas a las que se dirige el SAD y también que se realicen campañas de difusión para un mayor conocimiento de este por la sociedad en general: “Que el SAD sea más reconocido y valorado por las familias y la sociedad (p.e. haciendo más campañas informativas)” (30 respuestas, 36,15% sobre el total de participantes en la encuesta a profesionales coordinadoras).

Igualmente, se pone en valor la importancia de la formación, de la que se hablará más abiertamente en los siguientes apartados. En el mismo cuestionario, 33 personas (39,76% personas participantes) respondieron afirmando la necesidad de “Que se garantice la formación adecuada para hacer una atención integral y centrada en la persona”. Esta afirmación unida a la que también hicieron 22 personas sobre la necesidad de

profesionalizar más el SAD viene a indicar la relevancia que se concede a la formación.

La conveniencia de utilización de la tecnología en la atención domiciliaria, si bien no es una opción mayoritaria, si se suman los dos ítems relacionados con aspectos tecnológicos, son 31 las respuestas en las que se considera como una mejora a atender.

Gráfico 3. Cuestiones consideradas necesarias para mejorar el SAD y que este se realice de manera más integrada y centrada en las personas. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83). Multirresponsta.

Pueden contrastarse estas demandas de las personas coordinadoras con las que expresan las auxiliares / trabajadoras familiares (Tabla 5); si bien en estas últimas, la pregunta fue abierta, por lo que se han codificado en 11 categorías las respuestas obtenidas de las 79 trabajadoras que realizaron comentarios con sugerencias de mejora. La necesidad de que el SAD

cumpla la función por la que ha sido creado, atendiendo a las necesidades reales y a un plan personalizado de atención, es la mejora más claramente identificada. Vinculado a esto, varios comentarios insisten en informar mejor sobre el contenido del SAD a las familias y en general a la sociedad, enfatizando en la carga de trabajo doméstico (sobre todo limpieza) que suelen gestionar y en la necesidad de romper con la concepción de su función como empleadas de hogar.

En esta línea, la puesta en valor y reconocimiento del trabajo profesional es visto también como una mejora importante, así como el apoyo tanto material como formativo y de recursos humanos para desarrollar un mejor cuidado, incluyendo el afrontamiento de situaciones difíciles. Asimismo, estas trabajadoras piden, como resulta esperable, mejorar sus condiciones laborales: más salario, mejorar los horarios para la conciliación, reconocer las enfermedades relacionadas con el trabajo de cuidar, reducir el número de horas de tareas del hogar (limpieza), etcétera. Pero también solicitan mejoras en el desarrollo del SAD como servicio (mayor compromiso político y financiación; reducir las listas de espera; que se coordinen los servicios, en especial con los servicios sanitarios; establecer reuniones periódicas con las coordinadoras para seguimiento y supervisión incrementando el número de las visitas de estas a los domicilios; revisar las distancias en los desplazamientos entre los domicilios y flexibilizando las tareas para adecuarse a las necesidades reales). Así mismo, destaca la referencia que hacen estas trabajadoras al vínculo y trabajo con familias y la importancia de su colaboración en el servicio, y también a la necesidad de mejorar la escucha y el conocimiento de las personas a las que atienden para favorecer su personalización.

Tabla 5. Tipo de mejoras sugeridas por las trabajadoras familiares y auxiliares del SAD

CATEGORÍA	N.º RESPUESTAS	FRASES DESTACADAS (VERBATIM)
Cumplir la función real SAD (personalización vs. trabajo doméstico; valorar necesidades reales de las personas).	23	Que se cumplan las necesidades reales que tienen los usuarios, porque se ha desvirtuado la ayuda socio sanitaria para hacer labores estrictamente domésticas, sin tomar en cuenta nuestra formación y categoría profesional. Una atención más personalizada, más centrada en la persona, en sus hábitos y costumbres y sobre todo en sus necesidades.
Organización del SAD (desplazamientos, disminución rotaciones, descansos y más profesionales según caso)	17	Que no haya tantos cambios de asistentes ya que muchos usuarios se ponen nerviosos al respecto. Al realizar las tareas que sean más llevaderas tener más libertad y respeto. [...] que nos dejen interactuar más con ellos y cálculos reales de desplazamiento entre usuarios.
Comunicación y Coordinación entre todos los agentes, incluyendo personas usuarias y otros servicios	16	Coordinación y comunicación fluida y constante entre todos los componentes del equipo SSB (T. Social, T. Familiares, Educación social, Aux. Administrativos) y con el Equipo Sanitario correspondiente, para Planes de Trabajo, Objetivos, Organización...
Tiempo de dedicación con personas usuarias	15	Tiempo para atender a las personas como se merecen. Aparte de las tareas diarias, necesitan hablar y ser escuchadas con todos los sentidos. El tiempo dedicado a algunos usuarios es poco para atenderles bien y tener mejor contacto con ellos. Aumentar ese tiempo.
Puesta en valor y reconocimiento del trabajo profesional realizado	8	Reconocimiento social por la sociedad y las instituciones.
Mejora salarial, de condiciones laborales y conciliación	7	Deberían tener más en cuenta la conciliación familiar con respecto horarios, además de los fines de semana deberían ser rotativos pues el descanso es primordial para ofrecer una atención de calidad

CATEGORÍA	N.º RESPUESTAS	FRASES DESTACADAS (VERBATIM)
Conocimiento de la persona, escucha y buen trato	5	Tener toda la información sobre el usuario y escuchar a la persona cuando se está expresado
Información y difusión del programa a personas usuarias para una mejor comprensión.	5	Explicar a los usuarios y familiares cuáles son nuestras funciones.
Ninguna – funciona bien	4	
Recursos materiales, formativos y humanos suficientes	4	Que nos dieran el material necesario. Cursos o formación para determinadas situaciones en las que los/as auxiliares nos enfrentamos... Lidar con conflictos.
Evaluar calidad del servicio	1	Hacer con frecuencia encuestas de satisfacción con los usuarios de cara a mejorar el servicio

Fuente: cuestionario de trabajadoras familiares y auxiliares del SAD (n=83). Codificación manual de texto abierto.

Además, las coordinadoras o responsables de este servicio han trasladado información adicional que se considera relevante tener en cuenta a la hora de analizar los problemas existentes, tal y como se observa en la Tabla 6 (dado que son respuestas de texto abierto se citan sin codificar, organizándose las propuestas en tres ámbitos). Destaca la necesidad de evaluar y velar por la calidad del servicio, formar a las profesionales que intervienen sobre el contenido e instrumentos de la AICP, así como, en línea con el señalamiento de las trabajadoras familiares, reorganizar el programa y dar valor a la función de apoyo que está llamado a cumplir.

Tabla 6. Cuestiones que se deberían tener en cuenta, añadidas por las coordinadoras del SAD al cuestionario (texto abierto)

EVALUACIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO

Evaluar más lo relacionado con la figura de coordinación: sus funciones, herramientas, recursos, profesionales, formación, financiación pública y programa al que pertenece, etc.

Cuantificar los costes de supervisiones individuales, grupales, así como potenciar grupos de mejora, en el seno de la prestación de ayuda a domicilio con las profesionales de ayuda a domicilio. [...] Que sea una actividad periódica, evaluable y mejorable

Tendría que primar la calidad en los servicios y las políticas sociales tienen que ir en esa línea y teniendo en cuenta las zonas rurales con una densidad de población baja. Este factor es clave a la hora de organizar el SAD.

FORMACIÓN

Se necesita formar a los equipos del SAD en atención integrada y centrada en las personas y en metodologías afines, como la gestión de casos.

Las auxiliares o TF (trabajadoras familiares) junto con las personas usuarias son el corazón del SAD. Invertir en formación de las TF y en recursos para ellas que repercutan directamente en la mejora de la atención en los domicilios es muy necesario.

REORGANIZACIÓN Y PUESTA EN VALOR DEL SERVICIO

El SAD es considerado por los SS.SS. como un cajón de "sastre", pero no se puede cubrir todo con el SAD. El trabajo de las auxiliares es asistencial y de acompañamiento y en estos tiempos que estamos pasando no se le ha valorado lo suficiente...

(Se) requiere de respuestas unificadas de la administración... La ambigüedad y diversidad de las mismas genera confusión para los usuarios (...)

No hay supervisión de casos ni formación continua y se considera preciso incorporarlo.

Falta de tiempo y excesiva ratio de usuarios por profesional, lo que no permite realizar un trabajo con la persona que recibe el SAD ni con su familia. Conviene incorporar otras figuras profesionales (educadora social, terapeuta ocupacional)

Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD.

Desde un enfoque positivo, la pandemia también ha puesto de manifiesto la posibilidad de mantener y reforzar ciertos recursos de proximidad para mejorar la atención domiciliaria de las personas cuidadas (suministro de medicación por las farmacias y de viandas por los comercios de proximidad, mayor desarrollo del voluntariado...). En general, las personas informantes clave se muestran proclives a ello, sobre todo para el caso de personas en situación de mayor dependencia o soledad. Algunos

discursos muestran que la espontaneidad de la organización civil y los recursos no formales que se pusieron a disposición durante la pandemia resultaron de gran ayuda y apoyo de la atención domiciliaria. Consecuentemente, una de las conclusiones más relevantes de esta investigación, que puede darse por confirmada, es que el protagonismo de la comunidad en los problemas sociales, como los que afectan a muchas personas mayores, deberían formar parte de los cambios a promover e introducir para una mejor atención domiciliaria y en el entorno.

«Durante la COVID-19 las farmacias fueron un activo muy valioso dentro del sector comunitario. Es que cumplieron un papel fundamental, incluso acercando medicinas a personas que no tenían forma de conseguirlas. E igual pasó con la frutería de barrio, que se organizaban a nivel comunitario para atender a las personas y para que ninguna persona se quedase sin comida. [...] Al final, también contactamos con los locutorios de la zona».
(E10, MUJER, PROFESIONAL)

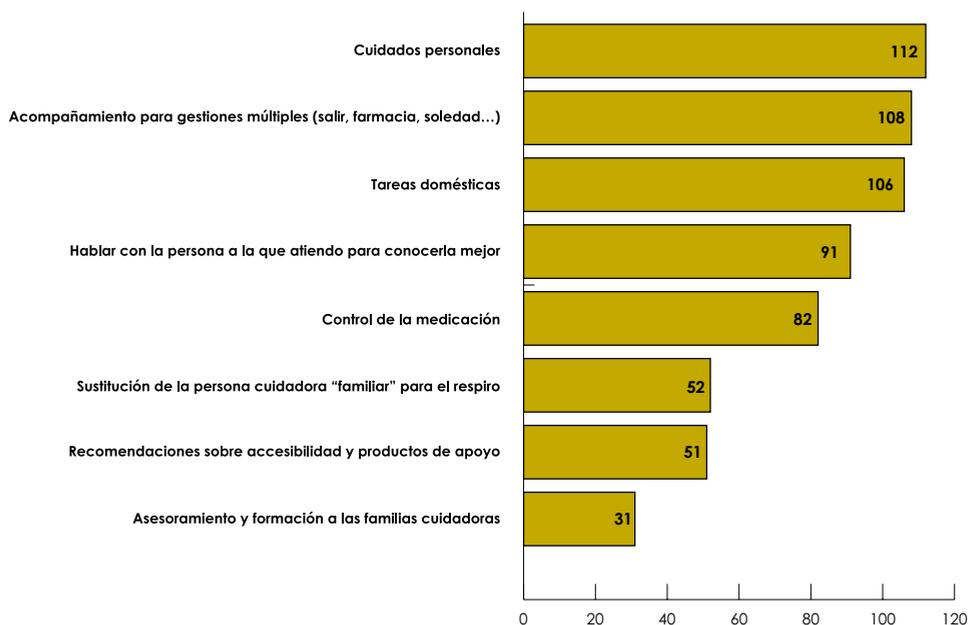
«O sea, que en vez de hacer en la residencia comida para 150, que sean 200 o 300. A cambio, se les pide a estas personas que van a buscar comida, que ayuden a pasear a las personas mayores».
(E1, MUJER, EXPERTA)

Por otra parte, parece que la pandemia ha producido un revulsivo sobre las actividades que mayormente se venían llevando a cabo en los últimos años en la atención domiciliaria. Se ha pasado de la atención enfocada en la limpieza y cuidados básicos a una atención más de acompañamiento para llevar a

cabo diversas gestiones y de escucha para recoger preferencias sobre los cuidados y para evitar la soledad no deseada. Ello viene a corroborar la necesidad de intensificar el trabajo de implementación de la AICP en su dimensión de atención integral e integrada, ya que con ello se abordan más aspectos que hacen a la calidad de vida de las personas.

El Gráfico 4 muestra las respuestas a la pregunta “¿Qué tipo de tareas realiza para el SAD donde trabaja?”, donde cada persona pudo seleccionar hasta 4 opciones posibles. Muchas de las respuestas se concentran, como parece lógico, en los “cuidados personales” (112 personas), pero le siguen las actividades enfocadas en el “acompañamiento para gestiones múltiples, como salir, ir a la farmacia, entre otras” (108 respuestas, 92,31% del total de 117 personas participantes). También destaca la pervivencia de las “tareas domésticas” (106 respuestas, 90,60%, sobre el total de 117 personas), pero aparece la respuesta “hablar con la persona a la que atiende”, que pasa a formar parte de respuestas intermedias (91 respuestas, 77,78% del total).

Gráfico 4. Tipo de tareas que realiza para el SAD donde trabaja. Número de respuestas



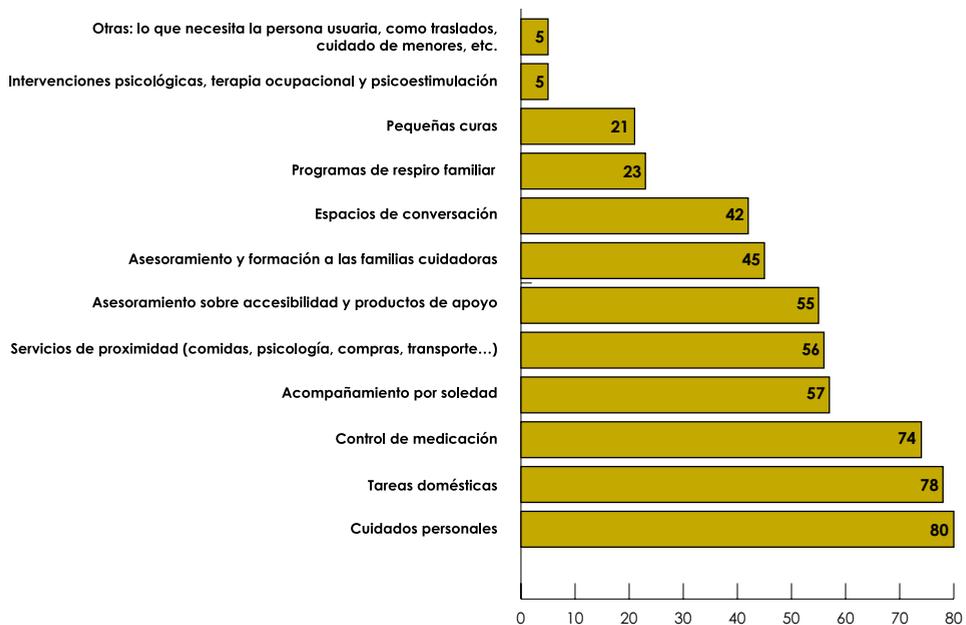
Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117). Multirespuesta.

Como puede observarse en el Gráfico 5 relativo a las respuestas de las 83 personas coordinadoras del SAD que respondieron al cuestionario, existe cierta coherencia en los datos del anterior gráfico, si bien se han incorporado algunas actividades adicionales que no se habían mencionado y que conviene destacar: las dedicadas a "Cuidados personales" siguen siendo mayoritarias (80 respuestas, 96,38% sobre las 83 participantes), a lo que le sigue la coordinación sobre "Tareas domésticas" (78 respuestas, 93,96% sobre el total de participación), el "Control de medicación" (74 respuestas, 89,16% de participantes) y las pequeñas curas (21 respuestas, 25,30%) correspondiéndose estas últimas con las experiencias de integración sociosanitaria.

Cabe destacar que también aparecen actividades innovadoras desde la visión del SAD más convencional, tales como el

“Acompañamiento por soledad” (57 respuestas, 68,67% de las personas participantes); los “Servicios de proximidad” (56 respuestas, 67,47%); el “Asesoramiento sobre accesibilidad y productos de apoyo” (55 respuestas, 66,26%); el “Asesoramiento y formación a las familias cuidadoras” (45 respuestas, 54,22%); los servicios de respiro familiar (23 respuestas), o los espacios de conversación (42, respuestas, 59,60%). Estos cambios marcan un punto de inflexión en cuanto a su acercamiento a un SAD más alineado con el modelo AICP apartándose del que ha venido siendo el común y mayoritario.

Gráfico 5. Tipos de prestaciones del SAD que coordina. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83). Multirrespuesta.

En los discursos de las personas entrevistadas también se recoge que, más aún desde la llegada de la pandemia, parece evidente que permanecer en casa es un objetivo más eficaz

para producir bienestar y también con un coste más reducido que atender a una persona que requiere CLD en una residencia.

«Puedes permanecer en casa con un grado de dependencia más física que no cognitiva. No es difícil, pero desde luego el reto es cómo hacemos, porque sigue siendo más barato que una persona viva en su domicilio con los servicios que necesita que una plaza residencial; ¿por qué no se hace?...».
(GRUPO DE FAMILIAS, MUJER FAMILIAR CUIDADORA)

Con respecto a las residencias, se pone de relieve cómo durante la pandemia han aflorado y han ganado visibilidad los casos de malos tratos en algunos de estos centros, tal como se ha venido señalando por entidades defensoras de derechos, como Amnistía Internacional o Médicos sin Fronteras, y por muchas personas expertas (Comas-Herrera *et al.*, 2021; Rodríguez Rodríguez, 2021; Rodríguez y Gonzalo, 2022; Zunzunegui, 2022; Pinazo-Hernandis, 2022). Pero también se han recogido en nuestra investigación opiniones acerca de las residencias que han mejorado algunos de sus servicios precisamente con los aprendizajes de la COVID-19 y pensando en las personas con necesidad de apoyos que viven en sus domicilios, especialmente en el ámbito rural. Así, se han abierto centros a la comunidad generándose con ello un doble uso, bien ofreciendo servicios (rehabilitación, comedor, podología, talleres sociosanitarios...), o bien abriendo espacios para centros de día, lo que ha sido de gran utilidad.

«En las zonas rurales sí que han aflorado muchas experiencias de residencias que generan centros de día para las personas que hay alrededor. Y a través de ambulancias que lo recogen en su casa con la Cruz Roja, los dejan, los vuelven a recoger y demás».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«Tenemos estancias diurnas y nocturnas para venir a dormir y que van a ser totalmente permeables. Es una manera también de que se rompa el miedo a las residencias, que vengan y que las conozcan, aunque sea tomarse un café o a comer un día o a participar en una actividad... O sea, que la residencia sea un lugar abierto».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

Caminar hacia una polivalencia de los servicios que se ofrecen en centros sociales de mayores, sobre todo para prevenir situaciones de soledad o de fragilidad, es otro de los hallazgos de esta investigación:

«Además de un centro de esparcimiento, un centro de mayores típico puede extender sus actividades para detectar situaciones de riesgo, como la soledad..., Y deberían publicitarse para que llegue la información a las personas que no lo conocen y están solas en su casa: que sepan dónde puede ir a jugar a las cartas o al dominó, a relacionarte con otras personas o hacer manualidades, que no se queden anquilosadas [...]».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

Centrándonos en el SAD social y en la atención domiciliaria de los servicios sanitarios, una de las cuestiones de interés que han aflorado en el estudio es la potencialidad que tienen ambas modalidades a través de sus recursos para la detección de situaciones de vulnerabilidad en las personas mayores aprovechando y haciendo uso de la tecnología. Es opinión generalizada que, durante el periodo de confinamiento, las videollamadas fueron muy utilizadas para ponerse en contacto con las personas, con lo que se consiguieron impactos positivos y eficaces, al menos en lo que se refiere a detectar y evitar sentimientos de soledad o para mantener la movilidad y actividad física de las personas. Ello ha contribuido a su vez a que las personas mayores se hayan tenido que ir adecuando a un tipo de tecnología que, inicialmente, desconocían o no necesitaban en su día a día, lo que también ha contribuido a la reducción de la brecha digital.

Por lo tanto, la pandemia también ha provocado, según sugieren nuestros resultados, que la situación obligada del distanciamiento físico ha permitido un acercamiento de las personas mayores a tecnologías que antes no utilizaban. Y no solo ellas; también se produjo un incremento del uso de las mismas (en especial, de las videollamadas) por parte de las personas trabajadoras, entre las que también era patente la "brecha digital". Esta cuestión abre de lleno la necesidad de acercarse a los diferentes componentes de análisis en los que habría que profundizar porque la brecha digital puede deberse a problemas de accesibilidad por falta de cobertura, o por carecer de recursos económicos para obtenerla, o bien, por falta de competencias digitales, sin olvidar que también hay un desequilibrio de género en las posibilidades de acceso a la tecnología...

«Lo que sí que ahora ha funcionado muy bien con toda la pandemia ha sido lo de las videoconferencias entre familias y usuarios y conectar a gente que vive en su domicilio con los hijos. [...] lo primero es el contacto en la relación, pero al no tener esa disponibilidad [...] Yo sobre todo pienso en los entornos rurales, que nadie tiene hijos allí, que todos los tienen en Madrid o, en Barcelona [...] aprovechábamos la sesión de fisioterapia de una residencia que se hacía en abierto desde Menorca y las personas mayores se conectaban y hacían así ellas a la vez la sesión. Claro, y esto me alucinó lo bien que lo aceptaron y se engancharon, eh? Y ellas decían: “¡Oh, por la pared! Ha salido una señora por la pared...».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«Estuvimos durante el confinamiento haciendo apoyo al servicio de atención a domicilio a todas las personas que estaban en casa..., pues la gente hablaba. Agradecía mucho la videollamada».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«Entonces, normalmente, ahora mismo el acercamiento se produce con la excusa de la digitalización y justamente en el momento que estamos viviendo de pandemia, donde la tecnología en algunos casos ha sido la única forma de conectar y contactar con nuestros familiares o con nuestras personas queridas».

(E11, HOMBRE, PROFESIONAL)

«Hemos aprendido todos los dispositivos que se puede aprender a manejar, pues los móviles, las videoconferencias. Sí que sé que ha habido voluntariado de alfabetización digital para aquellas personas que tenían su móvil con su internet y han aprendido a comunicarse. Gente que era inviable un año antes que pudiera marcar un teléfono. Pues elaborar estrategias para que pudiera estar más cerca».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

«Pues el tema de la brecha informática es importante. Cuando hablamos de trabajo en equipo, claro, para la mayoría de nosotros, pero los primeros meses fueron muy, como muy malos. [...] todos hemos tenido que aprender de golpe. Pero es que encima si ya tu nivel de conocimientos es muy bajo. ¡Imagínate! Que seguramente en el conjunto de la sociedad se puede acabar evidenciando más adelante, pero con la pandemia se han acelerado muchas cosas...».

(E12, MUJER, PROFESIONAL)

Consecuentemente con todo lo anterior, puede afirmarse que la pandemia ha contribuido a evidenciar la necesidad, tanto de la personalización para coproducir los servicios con la participación de las personas mediante la escucha activa, como de la integralidad para caminar a una atención domiciliaria integrada, a medida y a la carta, realizando los ajustes oportunos en los servicios e impulsando la coordinación público-privada y entre sectores de atención. Solo así podrá garantizarse que, a partir de un conocimiento de las necesidades de la persona y,

en su caso, de su familia, y con su apoyo, puede proponerse un Plan de Atención Integral y personalizado, que, además de atender las preferencias de las personas, sea eficaz y eficiente: porque reduzca los tiempos de espera de la valoración de la situación de dependencia y la obtención de los servicios, porque elimine las incompatibilidades, la fragmentación y la burocracia, etc.

Afortunadamente, existen ya realidades que tratan de ir acercándose a un modelo AICP (por ejemplo, el programa de Países Bajos de atención domiciliaria “Buurtzorg”, que ha servido de inspiración a las “Superilles Socials” (supermanzanas) del Ayuntamiento de Barcelona. Destaca de esta interesante experiencia el trabajo que se realiza en pequeños grupos que atienden a personas que viven muy cerca, lo que favorece la relación de confianza y conocimiento mutuo, la continuidad y que pueda realizarse una atención domiciliaria polivalente, desde un enfoque tanto preventivo, educativo, asistencial, socializador, integrador, inclusivo e, incluso con perspectiva de género.

«Me preguntaron tan serias que a qué hora me venía bien que vinieran, por si tenía dificultades para levantarme, para vestirme. Si no lo haces con facilidad, en efecto, lo tengo que hacer mediante esfuerzo y dolor [...]. Y yo, calculando la hora a la que me he levantado, le digo “pues a las ocho y media o a las nueve está muy bien”. Y me dice “Ah, no, porque tenemos que ir primero a levantar a otros enfermos, a otros dependientes que están encamados, que ese no es tu problema”. Entonces, ¿para qué me preguntas?».

(GRUPO PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, MUJER)

«Desde que la persona solicita la dependencia hasta que la asignen el servicio pueden pasar incluso 12 meses y el deterioro que puede sufrir una persona es muy alto. La valoración de la dependencia es muy lenta [...] Entonces, lo que necesitamos es un sistema o un mecanismo donde actualicemos el Plan Individualizado de Atención de una forma rápida y eficaz. [...] si los servicios sociales del Ayuntamiento van de la mano con la empresa gestora, las cosas salen muchísimo más rápido y de forma mucho más eficiente [...] yo creo que lo más importante es generar una coordinación público-privada que sea eficiente y efectiva».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

«Aprendimos mucho a raíz de ver otro tipo de organización y otro tipo de sistemas que se podían generar de otra manera, a través de conocer sistemas de autogestión del servicio, un sistema de redes para repartir las responsabilidades, de otra forma de acompañar las decisiones y de acercarlas a los deseos de las personas y respetar sus decisiones, de otra forma de entender la relación entre las personas y a la profesional de atención directa... Realmente lo que conocimos del modelo autogestionado de atención domiciliaria practicado en los Países Bajos era un sistema que para nosotros era el que daba sentido a la organización (refiriéndose al modelo de atención domiciliaria de Buurtzorg)».

(E13, MUJER, PROFESIONAL)

Otra de las innovaciones que funciona en otros países de Europa, como son los presupuestos personales o prestaciones económicas para invertir en apoyos o servicios de cuidados (más allá de la prestación vinculada a un servicio), no parecen ser considerados como adecuados por las personas que han intervenido en nuestro estudio, seguramente por desconocimiento de cómo sería su funcionamiento:

«¿Dar dinero a las personas para que se organicen o contraten sus propios cuidados? Creo que a la mayor parte les resultaría muy difícil hacerlo... Y se crearía aún más distancia entre familias con recursos y conocimiento y quienes carecen de ellos».

(E10. MUJER PROFESIONAL)

6.3. La coordinación entre la atención social y sanitaria y el uso de estrategias y herramientas comunes para la adecuación a la calidad y eficiencia en la atención domiciliaria

Este apartado hace mención a aquellas diferencias en el rendimiento en cuanto a adecuación de la calidad y eficiencia que se produce entre el sistema tradicional de provisión de cuidados sociales y sanitarios comparados con otros modelos más en sintonía con las recomendaciones de la comunidad experta (por ejemplo, aquellos que se rigen por principios similares a los de la AICP). Incluye el diseño de modelos de cuidados de larga duración, de proximidad, integrados, proactivos y con diversidad de profesionales sociosanitarios, en particular, desde la coordinación, que puedan dar satisfacción a las necesidades y preferencias de las personas mayores más vulnerables y frágiles sin separarlas de su entorno comunitario.

Uno de los aspectos más comentados por quienes han participado en la investigación parten de la necesidad de tener criterios únicos y las mismas pautas estratégicas en los procesos de intervención sociosanitaria integrada, primero desde el nivel más comunitario y comarcal, y después ir extendiéndolo hasta alcanzar un sistema totalmente coordinado. Lo anterior coincide con las respuestas del cuestionario dirigido a personas coordinadoras del SAD (Gráfico 1), donde 23 personas respondieron que se debería trabajar de manera más eficaz en la coordinación sociosanitaria y avanzar en la mayor compatibilidad entre las prestaciones y servicios sociales (SAD, Centro de día, Teleasistencia, prestaciones económicas, vivienda) para mejorar el servicio de atención domiciliaria y que este se realice de manera más integral y centrada en la persona. Es decir, se hace mención a la necesidad de una mayor coordinación e intervención a todos los niveles, desde cualquier entidad (sean servicios sociales, sanitarios, ayuntamientos, Teleasistencia...) para garantizar que las personas que requieren diversas prestaciones en los cuidados y atención domiciliaria puedan recibirlos de manera coordinada y continuada. Estas diferentes prestaciones debieran poder suministrarse de manera secuencial o conjunta, según resulte de las valoraciones integrales desarrolladas, y tener la flexibilidad necesaria para modificar los apoyos en función de los cambios que se produzcan a lo largo del proceso, por lo que la revisión de los casos resulta obligada. Como se desprende de ello, parece que será muy difícil conseguir hacer realidad que las personas puedan seguir viviendo en su domicilio y en su medio comunitario con calidad de vida y bienestar si no se llevan a cabo transformaciones desde la mirada holística de las necesidades y el correspondiente enfoque transversal de los servicios de apoyo y cuidados.

«Con todo tipo de entidades, con servicios sociales, de ayuntamientos, servicios sociales generales. Si hay un equipo de intervención familiar o de servicios sociales especializados, con ese equipo, también con centros de día, también con fundaciones, asociaciones que trabajen con personas con enfermedad mental, con personas con discapacidad o en situación de dependencia. Hemos realizado visitas con Cruz Roja, por ejemplo, visitas domiciliarias».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

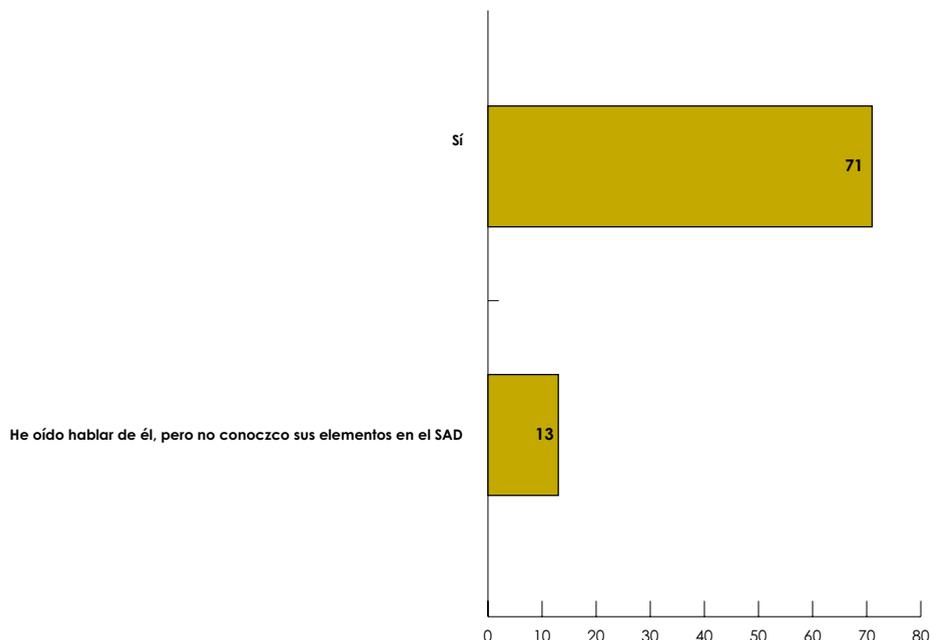
«Conseguir que estas personas puedan estar en su medio habitual, en su domicilio, con todas las garantías: ese sería el objetivo. Y el medio es trabajar a una desde los servicios de salud y los servicios sociales, ambos sistemas; desde el apoyo a la gestión de caso, desde toda la vertiente comunitaria —que tenemos por desarrollar—, desde la promoción y la prevención, también. [...] En nuestro caso, hay un equipo de coordinación sociosanitaria formado por una enfermera y por una trabajadora social. Éstas son las que impulsan, las que hacen gestión de caso en situaciones muy concretas y durante un tiempo definido, y las que se coordinan, garantizando la continuidad de cuidados, con equipos operativos de cada zona básica de salud».

(E16, MUJER, PROFESIONAL)

Por lo que se refiere al conocimiento que las trabajadoras del SAD tienen sobre el modelo AICP, hay que señalar que la mayo-

ría de las personas encuestadas han afirmado que lo conocen (gráfico 7), si bien hay que tomar este resultado con precaución porque, como se ha mostrado con anterioridad, estas mismas trabajadoras señalan la necesidad de contar con formación sobre el contenido, metodología e instrumentos del modelo y otros medios para poder aplicarlo. Es relevante a este respecto tener cuidado para no confundir “hablar” del modelo (actualmente, casi todas las administraciones y profesionales lo hacen) con el conocimiento profundo de los diferentes elementos teóricos y aplicados que lo componen y después implementarlos. Ya adelantamos aquí, como se verá más adelante, la necesidad de evitar una banalización en la comprensión y aplicación del modelo, pues ello conlleva a que el mismo se tergiverse y a las consiguientes malas praxis. Por ejemplo, creer que una buena práctica —como suprimir sujeciones—, o dividir la residencia en unidades de convivencia, o cambiar la decoración... ya es “hacer el modelo”. Se confunden así las partes con el todo y se relega a un segundo plano lo más profundo de la filosofía del modelo, que va ligada al conocimiento y reconocimiento de la persona en su singularidad y a su acompañamiento con los apoyos y cuidados precisos para que mantenga su dignidad, autonomía y pueda ejercitar y hacer efectivos sus derechos.

Gráfico 6. Conocimiento de modelo de AICP por parte de las coordinadoras del SAD. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83).

En relación a la atención integral más allá de lo sociosanitario y, por tanto, a la coordinación entre servicios de atención social y recursos de la comunidad, en algunos discursos se marcan algunas propuestas relacionadas con la posibilidad real que se ve de mejorar la atención domiciliaria, precisamente a partir de esta coordinación con todos los agentes del territorio y, en especial, con las redes de voluntariado de proximidad y vecinales que surgieron o se intensificaron precisamente desde el comienzo de la pandemia, como ya se ha referido. De esta manera, nuestros informantes corroboran, como se propone desde el modelo, que si se aplicara este enfoque transversal se evitaría la barrera de las distancias físicas y de la propia conceptualización de los modelos más anclados en los servicios tradicionales, ayudando a su vez a mejorar la detección tem-

prana de situaciones de dependencia, de enfermedades y de aislamiento o soledad no deseada. Se destaca en varias ocasiones los buenos resultados que parecen obtenerse cuando se organiza el SAD coordinado con otros servicios de proximidad a través de “microclimas” y/o “supermanzanas”, por lo que se estima que estas experiencias deberían ser transferidas y extendidas territorialmente, adaptándolas siempre a cada contexto.

«[...] pensando en que conocemos también esta innovación que se ha introducido en el Ayuntamiento de Barcelona de las Supermanzanas, me parece que es interesante este tipo de innovación para que se extienda, para que se conozca mejor y se extienda por otros territorios».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

«Tiene que haber alguien superior que coordine todo y que tenga la visión clara de las peculiaridades de cada caso... de las necesidades de la persona, de las familias... Yo hablaba con la coordinadora y ella me decía “este es el plan”, pero para realizarlo tengo que atosigar a las trabajadoras: que vaya aquí rápido, que luego tiene a Pepito y a fulanito y no puede irse después corriendo a la urbanización X; y la médica me decía es que esta mujer no para de llamar porque dice que está desatendida, abandonada. La que estaba en medio era yo, porque yo entendía a la paciente, a su familia, entendía la coordinadora y entendía a la médica».

(E10, MUJER, PROFESIONAL, TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA)

«[...] se podrían identificar o articular una mejor atención desde microclimas o a nivel comunitario, municipal o provincial... Aprovechar lo que ya está ya definido; es decir, la atención a la población está determinada territorialmente en base a zonas básicas de salud. Por lo tanto, esta demarcación geográfica determina qué recursos existen en dicha demarcación. Claramente identificados. Se trataría de hacer la movilización adecuada de estos recursos, y que si en un momento determinado puede faltar un recurso que no exista en esa zona básica de salud pues que se pueda recurrir a otro».

(E9, HOMBRE, EXPERTO)

«[...] yo creo que la detección de fragilidad o soledad se puede hacer si somos capaces de activar mucho, mucho, las redes vecinales y hacerlo por barrios, por barrios que sean, digamos, humanamente accesibles. Así seríamos capaces, incluso sin llegar a utilizar todavía una gestión de casos, que puede ser más necesaria cuando aparezca la complejidad asistencial ¿Por qué? Porque vas detectando el riesgo y una vez que se tiene certeza del riesgo, poner en marcha programas preventivos dirigidos a personas que no tiene aún una situación de dependencia, que tiene sus enfermedades controladas, y que detectas que sí puede haber una soledad no deseada».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

«Una de las cosas que tengo claras es que la persona que viniese hoy día a mi casa, que fuese como una amiga mía por ejemplo [...], que pueda tener toda la confianza del mundo con ella... eso sería ideal [...] porque ya habría un vínculo y yo sabría que ella va a saber ponerse en mi lugar, al margen del puro trabajo».

(GRUPO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, MUJER)

Según los resultados hasta ahora presentados, puede afirmarse que los mismos sugieren que existe acuerdo entre profesionales, expertos y personas con necesidad de cuidados sobre la necesidad de llevar a cabo un trabajo de coordinación delimitado en espacios territoriales concretos (ámbito local), tanto entre los recursos de atención social y los comunitarios, como entre los servicios sociales y los sanitarios. Pero también se manifiesta una queja por la ausencia de protocolos claros de actuación coordinada, interdisciplinar entre los sistemas de protección social (lo que va más allá de la voluntad y la posibilidad de los equipos profesionales). Por consiguiente, creemos que los resultados obtenidos confirman la necesidad de que se reduzcan las diferencias entre administraciones, que se produzcan cambios legislativos, apoyos financieros y que se introduzcan estándares, protocolos e instrumentos (como la formación). Todo ello con el fin de que favorezcan la transformación del modelo si de verdad se quiere apostar, como se afirma en las declaraciones de responsables políticos, por un cambio en el modelo de cuidados cuyo eje esté centrado en las personas que los necesitan. Con ello, por otra parte, se conseguiría terminar con la fragmentación de los escasos recursos existentes y se ganaría en efectividad y eficiencia en el gasto.

«El otro día hablábamos en la reunión de equipo, y hacíamos autocrítica porque se echan en falta protocolos y directrices claras, aunque flexibles, porque a domicilio se queda en mi buen hacer... Sí que me formo, pero creo que estamos muy segregados... Hay una dispersión de medios profesionales impresionante: yo hago un proyecto de Jubiloteca, la de Peralta hace otro proyecto de Jubiloteca... No aprovechamos las fortalezas ni compartimos [...] Si yo resulta que tengo un plan de contingencia buenísimo, ¡aprovechadlo! [...] tenemos que unificar... Y qué decir de las múltiples ordenanzas municipales... Hemos empezado a juntarnos cinco servicios sociales para ver la ordenanza que tenemos cada uno, para analizarla a nivel profesional... Cambiar esto es nuestra necesidad, pero creo que es la necesidad de todos los servicios sociales».

(E15, MUJER, PROFESIONAL)

Así mismo, se ha recogido bastante acuerdo que sugiere que, tanto la mejor atención a las personas, como la propia sostenibilidad de los servicios de cuidados, pasa por una atención de calidad, digna y que consensue con la persona los apoyos que precisa para seguir adelante con su proyecto vital. Pero ello se contradice con el sistema organizativo actual, tanto de los servicios sanitarios como de los sociales, cuyas respuestas alcanzan unas demandas y necesidades muy básicas de la persona y lo hacen de manera rígida, lo que se traduce en su poca capacidad preventiva: solamente se tratan aquellas situaciones más visibles a juicio de los profesionales, dejando a una gran parte de personas sin la atención completa que requieren. En este contexto, también se hace mención expresa

a la necesidad de una ley que garantice la protección de la persona mayor y que coordine a diferentes recursos y partes implicadas de la atención domiciliaria.

«[...] la persona atendida, la que es mayor y frágil, sobre todo busca bienestar en el sentido de sentirse acompañada... Sí necesita que no sienta dolor, estar alimentada y aseada. Pero, a partir de ahí, lo que quiere es mantener sus hábitos en la medida de lo posible. Aquellas cosas que han tenido sentido para ella y que le gusta hacer, poderlas mantener y sentir compañía, no sentirse sola [...] Si tú no tienes proyecto vital, no tienes interacción y no puedes hacer las cosas que te gustan, pues para hacerte de comer y asearte te conviertes en una especie de vegetal que lo único que hace es tomar pastillas, comer, ir al médico».

(E1, MUJER, EXPERTA)

«¿Cuál es la aportación singular que, por ejemplo, hace un/a enfermero/a? Es conseguir el grado de autonomía que alcanza una persona y, por lo tanto, el que no genere tanta dependencia del sistema sanitario. Pero tenemos una rutina muy perversa, y lo que prevalece es dar respuesta a la demanda pura y dura. [...] ¿Y esto a que conduce? Pues finalmente conduce a instalarnos en aquello que ya hace bastantes años se definió como la ley de cuidados inversos, en los que el 20 por ciento de la población consume el 80 por ciento de los recursos y queda el 20 por ciento de estos para el 80 por ciento de población restante. No es que no tenga problemas de salud. Es que como no los demanda, pues no se atiende».

(E9, HOMBRE, EXPERTO)

«Yo creo que falta una ley de protección a las personas mayores. O sea, partiendo de ahí, creo que se hacen cosas diversas, pero que no están unificadas ni compartidas [...] igual que hay una ley del menor, una ley para las personas con discapacidad, no? Pues hace falta esa ley que proteja al mayor».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

Para alcanzar la máxima efectividad en el proceso de una mejor atención domiciliaria, se mencionan, como se viene diciendo, tanto la formación como contar con diferentes herramientas de coordinación. Entre éstas, se destacan las reuniones periódicas entre profesionales y las mesas de coordinación, ya que son una forma que permite tanto el establecimiento de mejores canales de coordinación, como compartir los aprendizajes, las experiencias positivas y el conocimiento de las personas que precisan cuidados de manera natural.

«[...] las reuniones mensuales donde están las gestoras de casos, las trabajadoras sociales, teleasistencia, el SAD... son muy positivas. Cada mes nos reunimos y se tratan los casos comunes, y eso va súper bien, pero no sólo para las personas usuarias, sino como un aprendizaje conjunto que puede aprovecharse después en las intervenciones [...]».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«Tenemos un bagaje de coordinación. “Coordinación”, no intervención integrada. Es decir, desde hace mucho yo tengo una relación estrecha con la trabajadora social de Salud, de manera que tenemos reuniones periódicas, pueden ser quincenales, pero cuando necesitamos que sea con más frecuencia las hacemos [...] Ahí compartíamos los casos que ambas necesitamos, casos principalmente sociales, con carga sanitaria pero también con necesidades sociales [...]».

(E15, MUJER, PROFESIONAL)

Se insiste también en la importancia de conocer y aplicar técnicas de planificación rigurosas que estén bien estructuradas y que se consensuen dentro de los equipos, evitando así la duplicidad y falta de sistemática en las intervenciones, más aún, cuando los equipos profesionales y los recursos son escasos. Además, los planes de atención, que deben integrar apoyos para el desarrollo del proyecto de vida, debieran llevar aparejado el seguimiento periódico de casos de manera coordinada y conjunta entre las partes implicadas (Dabbagh, 2023).

«[...] un plan único de intervención, porque si no estas personas acaban con valoraciones geriátricas integrales diferentes, con planes de intervención también distintos, uno es el social y el otro sanitario, ¿no? Es que se repiten cosas y se duplican intervenciones. Y la idea es intentar crear un plan único para estas personas».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

«La principal metodología es la planificación. [...] porque cuando no se planifica con rigor se trabaja en base a ocurrencias. Y eso conduce a resultados muy malos. Cuando se elabora el proceso de planificación, hay que tener claro: la identificación de necesidades, planteamiento de objetivos ligado a actividades que hay que realizar para conseguir esos objetivos e identificación de los agentes de salud o sociales que van a intervenir en el proceso con asignación de responsabilidades concretas, tanto profesionales como no profesionales. Después, identificación de criterios de evaluación, reevaluación y por lo tanto vuelta a empezar. Y si no lo hacemos así, pues, vuelvo a repetir, trabajaremos en base a ocurrencias».

(E9, HOMBRE, EXPERTO)

«Todos los recursos necesitan de una planificación. En nuestro programa sociosanitario se prevé un mes como máximo la duración del servicio. En ese tiempo, se hace la gestión de caso de estas personas y, desde el primer momento, se va planificando el alta porque la idea es que puedan volver a su domicilio lo antes posible y de la mejor manera, y se van adecuando las actuaciones a lo largo de la intervención, se va adaptando a la evolución del paciente. Bueno, creo que ese es uno de los grandes fuertes que tenemos».

(E15, MUJER, PROFESIONAL)

«Tiene que tener continuidad en el tiempo. Tiene que tener un seguimiento, ¿eh? Tiene que tener un trabajo compartido muy importante entre diferentes disciplinas, pero también con la persona y los propios miembros de la familia. Yo siempre hablo desde la perspectiva más enfermera, que es la que más conozco».

(E9, HOMBRE, EXPERTO)

En el cuestionario aplicado a la muestra de personas coordinadoras del SAD también se incluyeron algunas preguntas relacionadas con la manera de diseñar los planes de intervención (véase la Tabla 7). Entre las respuestas, se destaca que la valoración de casos va dirigida mayoritariamente a la persona que recibe el SAD (62 respuestas, 76,54%) y en mucha menor medida a la persona cuidadora y a las necesidades de accesibilidad de la vivienda. Solo en 9 casos se indica realizar una valoración global que incluye todas estas dimensiones y actores. En cuanto al lugar donde se realiza la valoración y propuesta del plan, en la mayoría de las ocasiones se lleva a cabo, como debe ser, en el domicilio (46 respuestas, 59,74%) y solamente 2 en despacho (2,59%). Respondieron que en ambos un total de 28 personas (36,36%). En relación con el seguimiento de los planes, la mayor parte respondió que se llevaba a cabo en el propio domicilio (59 respuestas, 69,41%), y, en cuanto a su periodificación, el 37,14% contestaron que se hace anualmente, el 32,85% semestralmente, mientras que en un 11,42% de los casos se informó que el seguimiento se realiza trimestralmente.

Tabla 7. Aspectos relacionados con el plan de actuación e intervención en el caso de las personas coordinadoras del SAD

VARIABLES DESCRIPTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS: PERSONAS TRABAJADORAS DEL SAD		TOTAL (N = 83) [MEDIA ± DT] [N (%)]	
¿A quiénes van dirigidas las valoraciones de casos que realiza?	A la persona que recibe el SAD	62	(76,54)
	A la vivienda y entorno	3	(3,70)
	A la persona cuidadora de la familia	2	(2,47)
	A la persona atendida y a su familia	4	(3,70)
	A la persona atendida, la persona cuidadora y entorno	9	(10,97)
	A otros: centro servicios sociales, etc.	2	(1,23)
¿En qué lugar se realiza la valoración y la propuesta del plan de actuación de intervención?	En el domicilio	46	(59,74)
	En el despacho	2	(2,59)
	En el domicilio, pero telefónicamente por COVID-19	1	(1,29)
	En ambos: domicilio y despacho	28	(36,36)
¿En qué lugar se realiza el seguimiento del plan?	En el propio domicilio	59	(69,41)
	En el despacho	16	(18,83)
	Telefónicamente	4	(4,71)
	En ambos: domicilio y despacho	6	(7,06)
¿Cada cuánto tiempo realiza el seguimiento del plan?	Una vez al año	26	(37,14)
	Semestralmente	23	(32,85)
	Trimestralmente	8	(11,42)
	Mensualmente	2	(2,85)
	Semanalmente	2	(2,85)
	Depende del caso	9	(12,85)

Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83).

Para aminorar, entre otros problemas del SAD, el relativo a los desplazamientos entre domicilios, se alude a la conveniencia de trabajar por áreas pequeñas y, en general, que se implemente la metodología de gestión de casos y se realicen diagnósticos comunitarios con el fin de que, a partir del conocimiento de los recursos de cada zona, puedan proponerse planes que los contemplen. Esta metodología de gestión de casos se contempla que puede realizarse tanto desde los servicios sociales como desde el ámbito sanitario. En algunos lugares se ha producido la incorporación de la enfermera en las mesas de coordinación cuando estas existen.

«Nuestras gestoras de casos son enfermeras, pero con una perspectiva muy, muy social... Y eso también ha facilitado mucho, porque ven más el entorno, la comunidad, no tanto el “suelo” sanitario. Y no, no, no hemos tenido ese problema, pero porque han facilitado la creación de estas mesas. En otros lugares no existen...».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

Si siempre surge la controversia acerca de los perfiles que mejor cuadran con la metodología de gestión de casos, tal como refleja la literatura (Saravia, 2007; Morales Asencio, 2014; Rodríguez Rodríguez, 2014), en nuestra investigación también ha sucedido. Se han encontrado algunas discrepancias, porque las enfermeras defienden que han de ser ellas, como ha venido sucediendo tradicionalmente, y las trabajadoras sociales defienden su mayor capacidad para realizarlo por tener una visión holística de la persona y mayor conocimiento de los recursos comunitarios. No obstante, sí que se ha producido bastante acuerdo en concluir que deben ser personas que, como cuestión primordial, tengan la formación suficiente sobre

el contenido teórico y las técnicas y herramientas inherentes a la gestión de casos y, además, que cuenten con habilidades de negociación y liderazgo para desarrollar el modelo en sus dos vertientes: personalización e integralidad. Y también se defiende la complementariedad de las dos profesiones y que, por ello, lo ideal sería que, cuando así se requiera, trabajen conjuntamente.

«Un gestor de casos es la “persona orquesta”, son personas con mucha capacitación. Tiene una parte comercial porque tiene que ir a buscar prescriptores, a vender, a ser cuidadores con el maletín. Es un gestor de casos porque atiende a la familia, valora el caso, ve lo que necesita, hacen el presupuesto y en más de una ocasión ha tenido que ir al domicilio porque es sábado por la mañana y no llega la atención... Y luego es un coordinador, gestor de personal porque es la persona que se encarga de conseguir profesionales y los recursos. Tiene los tres sombreros».
(E5, HOMBRE, EXPERTO)

«La gestión de casos, que ya no me meto en si tiene que ser sanitaria o social, para mí tiene que ser una persona que tenga la visión global, independientemente de su diplomatura de origen, sino que tenga la capacidad de tener un enfoque integral. Y eso por una parte y luego también es necesario compartir los sistemas de información, es decir, que sanitarios se acostumbren a ver la parte de la “carpetita social” y los sociales a ver qué corresponde a lo sanitario, porque no tiene sentido que una persona tenga que presentar los mismos documentos en las diferentes

áreas cuando están bajo un mismo nombre. Y segundo, tampoco tiene sentido que la enfermera del centro sanitario no sepa que esa persona tiene un servicio de ayuda a domicilio gestionado por [...] Entonces, empezar a compartir la información podría estar muy bien...».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«Creo que hoy el trabajo social tiene que dar un paso adelante con nosotras como gestoras de casos, es una figura que, en el extranjero, en Inglaterra existe. Vale, entonces es que es una persona que se encarga de ser el epicentro, digamos, de todos los servicios que se están poniendo en marcha en relación a esa persona, que son dependientes o cualquier otro tipo de perfil. Pero ahora mismo con personas dependientes. Muchas enfermeras han asumido ese rol, pero creo que les falta y se quedan cojas con la parte social. Pero no olvidemos que nosotras somos trabajadoras sociales y hay trabajadoras sociales sanitarias. Quizás puede ser el perfil perfecto para ser el epicentro de lo sociosanitario, porque somos capaces de manejar, esos dos ámbitos».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

«El trabajo social tiene mucho que aportar y también complementamos esa visión, no sólo la sanitaria, sino la sociosanitario. Y, de hecho, cuando coordinamos con las compañeras, con las gestoras de casos que suelen ser enfermeras, complementamos y nos damos cuenta de que tenemos mucho que contarnos y que podemos hacer mucho trabajo conjunto en el seguimiento a pacientes, visitas domiciliarias, conjuntas, etcétera».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

Una cuestión de interés, que también aparece en los discursos, es el asunto de los costes que puede significar incluir esta metodología en el ámbito de los CLD.

«Pero incorporar esta figura de la gestión de casos bien estructurada tiene sus costes. Hay que dotarla como corresponde, porque también queremos duros a peseta o el doble porque se pone gestora de casos y se le adjudican doscientos casos. Eso no, no es eso...».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«Nos ha costado mucho hacer esta selección de profesionales para la gestión de casos y es un recurso caro... y ya digo que no estamos ganando dinero con ello de momento, porque al final si metemos el coste de este recurso con el volumen que tenemos y el margen, olvídate. Pero bueno, trabajamos a largo plazo».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

En cuanto a la *ratio* que es conveniente utilizar en la gestión de casos, la mayoría de las voces recogidas informan que oscila según perfiles de personas destinatarias, si bien ha sido coincidente la opinión de que el máximo debería ser de unas 50 personas.

«Máximo 50 personas por profesional a siempre y cuando conozca a las personas en su integridad, vitalmente... Porque si tú tienes una baja de una gestora de casos, coges una enfermera que no conocía a las personas que atendía, le pones a 50 y ese día quiere suicidarse».
(E3, HOMBRE, EXPERTO)

Por otra parte, también se han debatido las posibles coincidencias que podría haber entre la figura de gestor/a de casos y el rol de la profesional de referencia, que aparece en la mayoría de las leyes de servicios sociales y es una figura que podría asumir esa metodología, la cual se considera muy conveniente para desarrollar el modelo de atención integral y centrado en la persona. Coinciden los discursos en considerar que esa profesional de referencia (que, al menos en la letra de las normativas es la persona responsable del apoyo personalizado de la atención familiar y que ofrece el acompañamiento continuado) debería trabajar conjuntamente con otras personas profesionales.

«[...] también tenemos que saber que la nueva ley de Servicios Sociales eso es lo que busca realmente: que haya una persona de referencia para cada caso que podría hacer cualquier perfil profesional, en este caso de servicios sociales. El de referencia inicial de acogida será siempre un trabajador social, pero en la intervención podrá ser otro

perfil y lo que se pretende es eso. Se nombra el modelo de atención centrada en la persona como el modelo a seguir, pero, aparte de trabajar con cada persona, también el o la profesional debería controlar todos los servicios en los que se encuentra inmersa la persona dependiente, y en eso consiste la integralidad del modelo. Vuelvo a decir, habría que tener en cuenta todo tipo de perfiles en servicios sociales».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

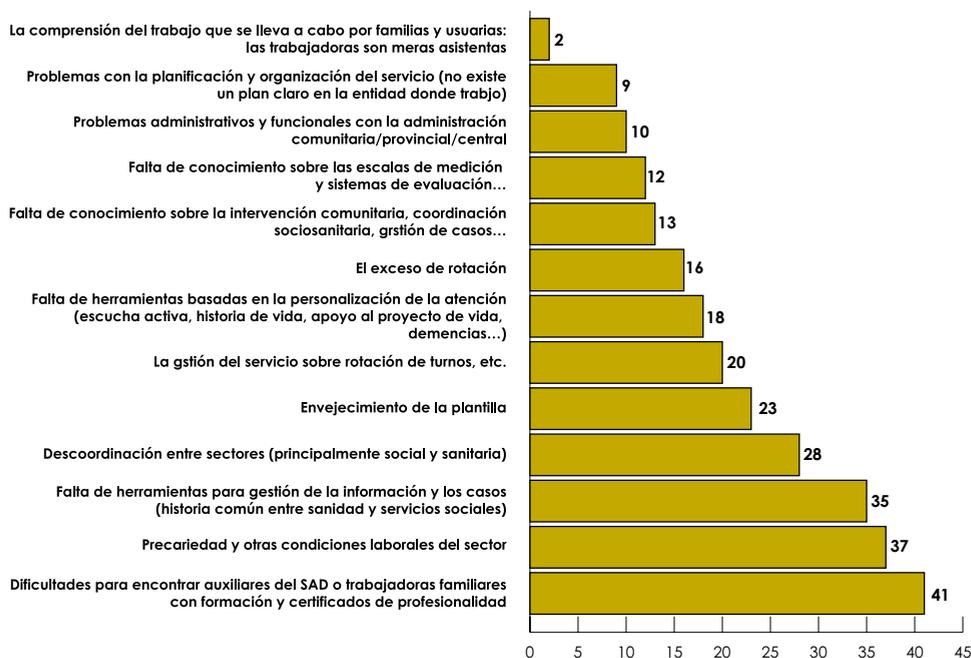
«Y lo hacemos con sus profesionales de referencia, no sólo en cuanto a la prestación de recursos, sino también en cuanto a su médico de cabecera, su enfermera de cabecera, la trabajadora social, es decir, la continuidad se mantiene durante todo el tiempo. Desde el inicio que una persona es asumida por el equipo de coordinación sociosanitaria, todo ese tiempo de intervención se está en continua comunicación con sus profesionales de referencia. Y muchas veces se trabaja de forma conjunta la preparación del alta».

(E16, MUJER, PROFESIONAL)

En el cuestionario de personas coordinadoras del SAD, también se preguntó sobre las dificultades que deberían superarse para mejorar el modelo de atención domiciliaria (Gráfico 7), y parte de las respuestas coinciden con algunas de las propuestas de mejora relacionadas con la coordinación sociosanitaria y la gestión de casos obtenidas del análisis cualitativo. En particular, se hace mención a la “Falta de herramientas para la gestión de la información de los casos” (como la historia única y común

entre sanidad y servicios sociales) (35 respuestas), o la “Falta de herramientas basadas en la personalización de la atención (por ejemplo, la escucha activa, la historia de vida, apoyo al proyecto vital...)” (18 respuestas, 21,69% de 83 personas que respondieron al cuestionario). También se comentan otro tipo de dificultades, como la “Precariedad y otras condiciones laborales del sector” (37 respuestas, 44,58%) y, conviene destacar, por ser la más citada las “Dificultades para encontrar trabajadoras del SAD o trabajadoras familiares con formación y certificado de profesionalidad” (41 respuestas, 49,40%).

Gráfico 7. Dificultades que habría que superar para mejorar en el modelo de atención domiciliaria. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de coordinadoras del SAD (n=83).

Estos resultados coinciden con algunas de las propuestas que, en la parte abierta del cuestionario, realizan las personas

coordinadoras, donde se destacó, entre otras cuestiones, la necesidad de evaluar más positivamente la figura de coordinación, sus funciones, las herramientas, los recursos disponibles, las personas profesionales, así como la formación necesaria, la financiación, etcétera. También se reivindica la necesidad de disponer de una cuantificación de costes realista y clara que vinculen a la administración y a las empresas proveedoras para poder ofrecer respuestas desde la ayuda a domicilio que se correspondan con las necesidades reales. Y, nuevamente, vuelve a aparecer la necesidad de seguir formando más intensamente y mejor a los recursos humanos si quieren conseguirse avances en toda la política relacionada con los cuidados, adaptándose la oferta a cada contexto de intervención, por lo que hay que tener en cuenta en particular las zonas rurales con baja densidad de población, donde existen dificultades singulares para organizar la atención domiciliaria.

6.4. Las personas trabajadoras familiares y auxiliares y su papel en la mejora de la atención domiciliaria

Los resultados que se exponen a continuación muestran, sobre todo, los datos obtenidos en el cuestionario dirigido a las personas más directamente conocedoras del funcionamiento cotidiano del SAD y de las personas a las que cuidan, que son quienes llevan a cabo el servicio en los domicilios.

Una cuestión que suscita gran preocupación, no solo en España sino también en otros países de Europa, es la dificultad de encontrar personas que quieran trabajar en el ámbito de los cuidados, dificultad que se acrecienta si lo que se pide es que sean personas que cuenten con la certificación profesional correspondiente. A este respecto, en nuestra investigación, si bien la mayoría de las auxiliares/trabajadoras familiares que conforman nuestra muestra cuentan con la formación que se exige para realizar este trabajo, también ha aflorado como

una de las mayores preocupaciones de los proveedores de los SAD públicos y privados esa realidad. Expresan preocupación por la existencia de una importante economía sumergida en el sector; es decir, muchas de las familias contratan directamente a personas para los cuidados sin ningún tipo de cualificación e, incluso, algunas administraciones también contratan trabajadoras sin el certificado porque, si no, no pueden ofrecer el SAD. A este problema ya se hacía mención al presentar información de la encuesta a coordinadoras del servicio, mediante la pregunta (Grafico 4) "Cuestiones que considera importantes para mejorar el servicio de atención domiciliaria para que este se realice de manera más integrada y centrada en la persona" donde se recoge la respuesta de "Que se avance más en la convalidación de la experiencia en cuidados por formación para aflorar la economía sumergida".

No obstante, a este respecto se ha detectado bastante controversia en los discursos, porque, al lado de las respuestas referidas, también hay otras que se muestran en contra de que se realice esta convalidación. Proponen que este problema de la escasez de trabajadores en el sector de los cuidados se solvete desde las bases de una clarificación y posicionamiento político claro de apuesta por el fortalecimiento del sector de los cuidados y mediante una normativa sólida que garanticen la profesionalidad de los servicios sociosanitarios en la atención a las personas que requieren apoyos y CLD. Se aseguraría así una profesión de calidad, lejos de su asimilación a tareas del hogar con garantías de contar con una formación rigurosa y reconocida y no a través de la convalidación por años de actividad en el servicio, salvo que esto se hiciera para trabajadoras que realicen tareas de apoyo doméstico, complementario al de cuidados.

«Creo que necesitaremos también un cambio en las políticas. Porque claro, la economía sumergida pues también viene bien, entre comillas. Quiero decir, el que paga, paga menos, porque si lo pagas con todos los protocolos, pues te cuesta mucho más caro. Se sabe que existe esta economía, pero bueno, también se ignora un poco, se mira para otro lado...».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«[...] otra cosa es si nos podemos permitir el gasto de una hora de ayuda a domicilio para ir a hacer la comida, cuando eso lo puede resolver de otras maneras no? [...] O sea que, a lo mejor un auxiliar de ayuda a domicilio que tenga que atender a una persona con mucha necesidad de cuidados, eso sí que tendría a lo mejor que tener la certificación, pero para limpiar el baño, ayudar a levantar, a vestir, a estar con ella, eso no tiene complejidad. [...] Y ahí es donde está el problema relacionado con la falta de formación, porque las tareas domésticas ya la gente los contrata a su gusto. El problema surge cuando el trabajo por el que se contrata es para realizar cuidados y el contrato es de empleada de hogar. Claro, por eso tienes el problema. [...] Si se diferenciara, probablemente no existiría ese factor de confusión, pero ¿quién paga eso o quien es capaz de abordar ese coste?».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

«Otra cosa son las propias condiciones de cómo se definió hace años la ayuda a domicilio, que conlleva una especie de reconocimiento de pago por horas en lugar de un reconocimiento de la prestación de un servicio. Y eso yo creo que genera ya de entrada un punto de partida bastante distorsionado que va en contra de la calidad, va en contra de la generación de un empleo de calidad».

(E7, MUJER, PROFESIONAL)

«Está claro que una persona que ha estado tres años con una persona mayor, por ejemplo, una mujer en situación irregular que cuida a una persona mayor dependiente, tres años te dan una experiencia y te dan un rodaje, pero no tienes esa formación complementaria que es necesaria. [...] y hace falta que se dé una formación complementaria. [...] Es decir, no convalidar solo por los años, eso es peligroso, hay que pedir formación adicional».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

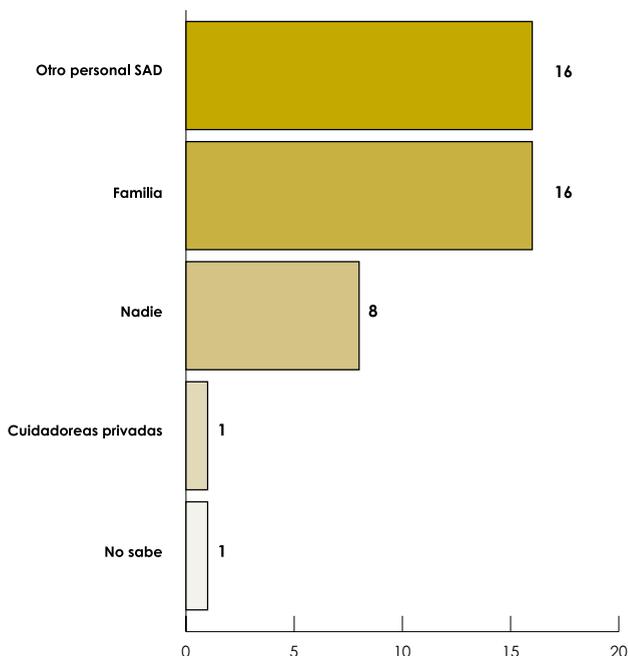
«En la ayuda a domicilio hay gente que, aunque en los últimos tiempos sí les han dado cierta formación, en mi opinión esta ha sido muy pobre, todavía carecen de una formación suficientemente adecuada».

(GRUPO DE FAMILIAS, MUJER FAMILIAR CUIDADORA)

Otro problema que todavía subsiste es cuando la prestación del SAD solo se realiza de lunes a viernes, con lo que las familias, cuando existen, se ven obligadas a solventar a sus expensas los cuidados durante el fin de semana. En el siguiente el gráfico se

observa la distribución de estas tareas entre trabajadoras del SAD, las familias y otras formas de provisión según lo refieren las trabajadoras encuestadas (cuando no son ellas las proveedoras de dichos cuidados durante los fines de semana).

Gráfico 8. Quién cuida a la persona en situación de dependencia durante los fines de semana. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de trabajadoras familiares y auxiliares del SAD (n=117).

Recalcando la relevancia de la formación para lograr el cambio de modelo, también se han recogido opiniones de las personas que han formado parte del trabajo de campo de esta investigación que han informado con firmeza no solo de la conveniencia, sino de la necesidad de incluir actividades formativas de tipo sociosanitario, en las que se involucren e interactúen profesionales de los dos sectores (el social y el sanitario). Es decir, trabajar en formato taller (interactivo), de modo

que enfermeras, trabajadoras sociales, auxiliares y trabajadoras familiares del SAD reciban formación desde los servicios sanitarios y sociales tanto para que los conozcan mejor, como, sobre todo, para que también los equipos profesionales de atención domiciliaria se conozcan mutuamente, se respeten y aprovechen el trabajo que se realiza tanto desde el SAD social como desde el programa de atención domiciliaria de salud.

En general, se propone la idea de que se trabaje conjuntamente entre ambos sistemas y se apuesta por una intervención sociosanitaria conjunta donde interactúan varias personas profesionales junto a las auxiliares / trabajadoras familiares, y que, de manera conjunta, se analice cada caso, teniendo en consideración la persona, sus demandas y necesidades. Así fue también identificado por las personas coordinadoras del SAD, en las respuestas a la pregunta de la encuesta “Señale qué cuestiones considera importantes para mejorar el servicio de atención domiciliaria para que este se realice de manera más integrada y centrada en la persona”, donde 33 personas respondieron “Que se garantice la formación adecuada para hacer una atención integral y centrada en la persona”, tal como ya se ha presentado.

«Se nos pedían cosas que no podíamos hacer. O sea, más allá de lo que dicen los convenios laborales, etc. O sea que se nos pedía poder dar altas hospitalarias entre comillas, rápidas y que los servicios de atención domiciliaria estuviesen allí. [...] llegamos a la conclusión mutuamente, de que teníamos que hacer una primera fase que permitiese el conocimiento de las profesionales de la atención domiciliaria por parte de las enfermeras [...] y nos inventamos un plan de formación sobre cronicidad que permitiera

a distintos profesionales sanitarios hacer una sesión de media hora o 45 minutos teóricas sobre una enfermedad que permitiera que estas profesionales del SAD supieran sobre la enfermedad en cuestión. [...] Si acuden a domicilio, las trabajadoras familiares pueden acercar a la persona usuaria al centro de salud con una llamada. He visto cómo se produce así una relación de confianza. Cuando la auxiliar del SAD llama es porque hay una razón, evidentemente, y esto ha sido muy positivo».

(E12, MUJER, PROFESIONAL)

«[...] el medio es trabajar a una, ambos sistemas; desde el apoyo a la gestión de caso, desde toda la vertiente comunitaria —que tenemos por desarrollar—, desde la promoción y la prevención, también. Para eso, nuestro proyecto tiene dos vertientes importantes; una son los servicios que se han generado asignados al proyecto para sostener según qué situaciones; y otra es toda la organización de trabajo colaborativo entre ambos sistemas, con la generación de equipos operativos de zona compuestos por profesionales de uno y otro ámbito».

(E16, MUJER, PROFESIONAL DE PROGRAMA SOCIOSANITARIO)

«[...] tenemos que entender que en los servicios domésticos no necesitas una cualificación, pero sí en los servicios de ayuda a domicilio de atención personal debes tener una cualificación. Para asegurarte que la persona usuaria va a recibir una atención en las mejores condiciones posibles».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

«Complementamos y nos damos cuenta de que tenemos mucho que contarnos y que podemos hacer mucho trabajo conjunto en el seguimiento a pacientes, visitas domiciliarias, conjuntas, etcétera».

(E10, MUJER, PROFESIONAL)

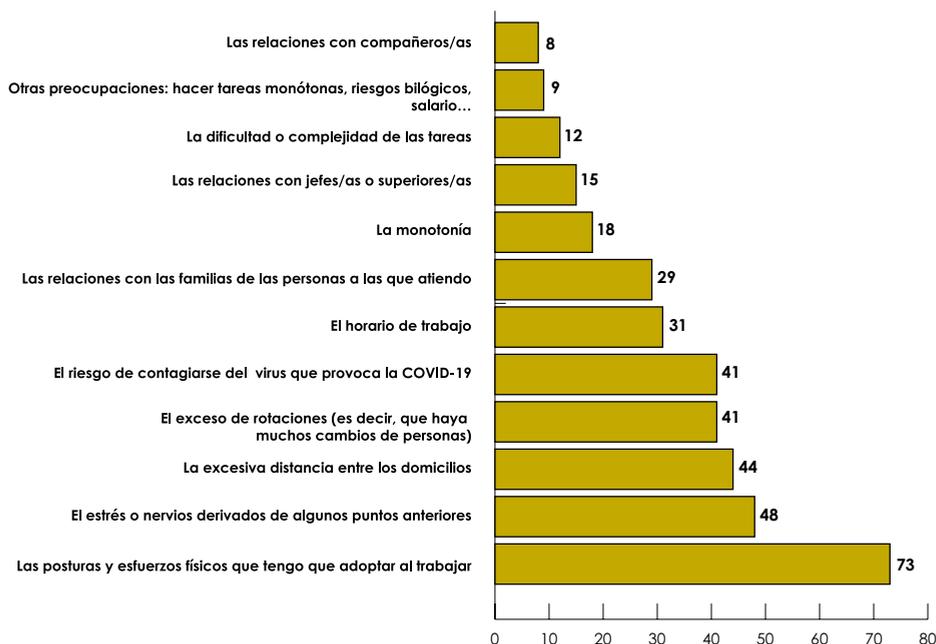
En cuanto afecta a las mayores preocupaciones que informan tener las trabajadoras familiares y auxiliares del SAD (Gráfico 10), las mismas podrían concentrarse en las condiciones laborales y en el tipo de actividad que se realiza. En particular, en “las posturas y esfuerzos físicos que tengo que adoptar al trabajar” (73 respuestas), lo que coincide con algunos de los discursos recogidos en la fase cualitativa del estudio, y también se relaciona con la situación peculiar de estas trabajadoras: se trata de un sector totalmente feminizado y cada vez más envejecido.

«Y es que envejecen también nuestras plantillas. [...] tenemos plantillas muy machacadas física y emocionalmente, sobre todo físicamente. Y eso tiene que formar parte también de un reconocimiento de la problemática y el hándicap que tiene este servicio».

(E7, MUJER, PROFESIONAL)

A su vez, esto cuadra con el tipo de actividades que mayormente se consideran molestas o perjudiciales de las realizadas por las personas trabajadoras familiares y auxiliares del SAD en su trabajo cotidiano. Sobre todo, se refieren aquellas en las que se requiere llevar a cabo esfuerzos físicos y movilización de personas, como son las actividades domésticas, de limpieza y otras de apoyo a la persona cuidada (como ayudar a vestirse, bañarse, movilizaciones, etc.) Igualmente, se destaca como problemática la excesiva distancia que a veces existe entre domicilios (44 respuestas, 37,61 % del total de 117 personas que respondieron el cuestionario), “el riesgo de contagiarse del virus que provoca la COVID-19 u otras patologías” (41 personas que han marcado esta cuestión, 35,04%) y “el exceso de rotaciones por bajas de auxiliares” (también con 41 respuestas, 35,04%).

Gráfico 9. Cuestiones que molestan o preocupan en el trabajo. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117).

Seguendo el contexto de las preocupaciones, destacan, como puede apreciarse, las referidas a las que están vinculadas a las condiciones sociolaborales, recogiendo en los discursos que la precariedad de las personas trabajadoras es un hecho patente, por lo que las políticas que se pongan en marcha deberían garantizar unas condiciones laborales adecuadas, además de una formación permanente. Existen buenas prácticas de algunas comunidades autónomas en este sentido, pero las personas entrevistadas han expresado una necesidad más global de mejoras que debieran gestarse colaborativamente desde la administración de servicios sociales, el sistema de empleo y educación.

«[...] con este primer paso que se ha dado de la Junta de Andalucía de reconocer que había que aumentar el precio hora del servicio de ayuda a domicilio, entendemos que cada vez podemos profesionalizar un poco más todo lo que es el sector. Y luego hay algo que para nosotros es muy importante. El modelo de atención sociosanitaria por el que ha apostado Andalucía no es el de residencia, es el del servicio de ayuda a domicilio».

(E7, MUJER, PROFESIONAL)

«[...] Tenemos casi 5000 camas en Cataluña de unidades de larga estancia distribuidas por el territorio, que son muy utilizadas desde los equipos de atención primaria para conseguir la descarga del cuidador y además hacer atención, revisión y puesta a punto de esta persona con dependencia establecida. Es decir, que el objetivo de la rehabilitación no es lo principal, sino los cuidados de

atención sanitaria. Vale, pero el cuidador, el entorno cuidador sigue siendo uno de los entornos que tenemos que mejorar».

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

«El Gobierno de Navarra lo que ha hecho es sacar unos cursos de formación de doce o veinte horas que les ha habilitado para enseñar a personas a manejar la grúa, la cama... [...] Primero se han formado en eso, y después se ha creado una lista para empleo. Pues eso es una carencia que había antes. [...] a veces pienso que, si los responsables del servicio fueran a los domicilios, se darían cuenta de las necesidades que hay de formación y que estas corresponden a varios departamentos, el de servicios sociales, el de empleo y el de educación. Por otra parte, también se han elaborado cuatro cursos específicos sobre atención integral y centrada en la persona por el Servicio Navarro de Empleo¹¹».

(E15, MUJER, PROFESIONAL)

En aquellas experiencias, como la generalmente muy bien valorada en nuestra investigación de las “supermanzanas”, del Ayuntamiento de Barcelona, en las que existe un equipo de trabajo pequeño y donde las funciones y los roles parecen estar definidos, las personas trabajadoras se reparten tanto cargas físicas como psicológicas. Esta autogestión del propio

11 Los cursos mencionados en este “verbatim” sobre AICP fueron encargados por el Servicio Navarro de Empleo a la Fundación Pilares para la Autonomía Personal y han servido de base para realizar la formación de los equipos profesionales de los servicios sociales de Navarra, tanto públicos como privados. Posteriormente, los contenidos de estos 4 cursos de han integrado en el Catálogo de especialidades formativas del Servicio Estatal Público de Empleo (SEPE). Tienen una duración de 180 horas y van dirigidos, según especialidad a: profesionales de atención continuada (auxiliares/trabajadoras familiares y gerocultoras/es); profesionales de los servicios sociales de base y atención domiciliaria; equipos profesionales de centros de atención; y trabajadores de servicios generales.

trabajo parece estar influenciada porque estas personas han aceptado un aumento de responsabilidades, lo que al tiempo produce una mayor inspiración/motivación hacia el trabajo que realizan, con la consecuente mejora en la atención a las personas y en la gestión de cargas de su propio trabajo.

«Se reparten cargas físicas y cargas psicológicas entre trabajadoras. Esto lo sabemos porque lo expresan ellas. También sabemos que les damos un plus de responsabilidad porque hay decisiones que ahora toman ellas y antes tomaban las coordinadoras».

(E12, MUJER, PROFESIONAL)

Sin lugar a dudas, apostar por este tipo de soluciones puede favorecer que las personas trabajadoras sean más eficientes y eficaces, más aún cuando hablamos de equipos y personal que expresan una valoración general muy positiva del trabajo que hacen. En cuanto a afirmaciones más significativas de tipo actitudinal con las que las personas trabajadoras familiares y auxiliares se sienten más identificadas en las respuestas al cuestionario (Gráfico 10), sobresale “El trabajo te proporciona el sentimiento de realizar un trabajo bien hecho” (74 respuestas, 63,25% del total de 117 personas), “Me gusta estar con la persona a que cuido y aprendo mucho de ella” (63 respuestas, 53,85%), “Las relaciones personales en mi trabajo son positivas y de colaboración” (59 respuestas, 50,43%) y, desde un plano más negativo “Necesito sentirme más cuidada y valorada en mi trabajo” (43 respuestas, 36,75%), así como “Debería mejorarse la comunicación con el sector de la salud/sanitario” (38 respuestas, 32,48%).

Gráfico 10. Frases con las que acuerda o se identifica más en relación al trabajo de atención domiciliaria. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117).

En este mismo cuestionario aplicado a auxiliares o trabajadoras familiares también se plantearon 4 preguntas puntuables según escala de Likert de 1 a 10 puntos (véase la Tabla 8). En la pregunta “La entidad para la que trabaja en atención domiciliaria, ¿le ha proporcionado o proporciona formación para realizar su labor?”, la media se ha situado en $7,42 \pm 0,25$. En relación a si cree que el SAD se ajusta a las preferencias que tienen las personas cuidadoras y sus familias, la media de respuestas se sitúa en $7,53 \pm 0,21$. La más alta puntuación se obtiene en la propuesta de trabajar en equipo, donde se alcanza una valoración media de $8,56 \pm 0,18$ en la pregunta. En cuanto a disponer de una mayor autonomía en la organización del trabajo,

se obtuvieron valores más intermedios, siendo la media de $6,82 \pm 0,26$. Los resultados más positivos se obtuvieron en la pregunta relacionada con una posible discriminación en el desarrollo de su trabajo, donde las personas que respondieron puntuaron algo más de 2 puntos ($2,25 \pm 0,23$).

Tabla 8. Cuestiones puntuables relacionadas con la entidad y el tipo de trabajo que realiza.

	PUNTUACIONES (LIKERT 1 A 10)	MEDIA	DT.	95 % CONF.	INTERVALO
La entidad para la que trabaja en atención domiciliaria, ¿le ha proporcionado o proporciona formación para realizar su labor?	1 = No, nada 10 = Sí, siempre	7,42	0,25	6,92	7,91
¿En qué medida cree que el trabajo del SAD se adapta a las preferencias que tienen las personas cuidadas y sus familias?	1=No está nada adaptado 10=Está muy o perfectamente adaptado	7,53	0,21	7,11	7,95
Teniendo en cuenta que su profesión suele realizarse en solitario, ¿le parece positivo o le parecería positivo trabajar en equipo?	1=No me parece nada positivo 10=Creo que es o sería muy positivo	8,56	0,18	8,22	8,91
¿Le gustaría tener más autonomía para tomar decisiones y mejorar su trabajo?	1=No, nada 10=Sí, debería tener mucha más autonomía e independencia	6,82	0,26	6,32	7,33
En los últimos doce meses, en su trabajo de atención domiciliaria, ¿se ha sentido discriminado/a por alguna razón? (edad, sexo, nacionalidad, discapacidad...)	1=No, nunca 10=Sí, habitualmente	2,25	0,23	1,80	2,70

Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117).

Ante la pregunta directa sobre qué tipo de mejoras creen que se podrían llevar a cabo para mejorar el servicio y el trabajo de auxiliares / trabajadoras familiares del SAD (Gráfico 11), las respuestas son muy parecidas a las ya recogidas de las coordinadoras o de los grupos. Se apuesta, en general, por invertir en calidad del servicio y, por tanto, en formación sobre el nuevo modelo de cuidados, en la necesidad de que se coordinen los servicios de proximidad y en la conveniencia de dar a conocer a la población potencialmente destinataria y a la propia sociedad el contenido y significado del SAD.

Gráfico 11. Cuestiones importantes para mejorar el servicio de atención domiciliaria y para que este se realice de forma integrada y centrada en la persona. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117).

Algunas de las personas entrevistadas en la fase cualitativa de la investigación también comentan que para satisfacer las demandas de las personas cuidadas es preciso agilizar el servicio, reducir las listas de espera o, por ejemplo, propiciar roles profesionales más polivalentes, sin llegar a requerir de una excesiva especialización. En sentido contrario, también se recoge la conveniencia de incluir a otros profesionales, en especial, terapeutas ocupacionales, pero también otros, como fisioterapeutas y otros servicios dentro de los SAD. Un ámbito como el de los CLD porque la experiencia muestra que ha resultado ser muy eficaz y ha mejorado la autonomía e independencia de muchas personas en situación de dependencia.

«Pero para mí los servicios sociales carecen de esa flexibilidad, de agilidad, de esa capacidad de reaccionar en tiempo real».

(E1, MUJER, EXPERTA)

«[...] creo que hay que tender a profesionales polivalentes que sean capaces de realizar diferentes prestaciones y tareas... porque el hecho de que se tienda a una excesiva especialización supone tener que incorporar en el domicilio más de una persona/profesional. [...]».

(E14, MUJER, PROFESIONAL)

«[...] vino el Instituto Provincial de Rehabilitación y la metió muchísima rehabilitación y, gracias a eso, pues anda con un andador. Y ahora ha recuperado todo lo que no pudo hacer. Por ejemplo, ayer estuvimos en la piscina y puede hacer ejercicios en el agua, ¿eh? Pues se relaja y ha mejorado. De esta forma, yo estoy comenzando a respirar».

(GRUPO DE FAMILIAS, MUJER FAMILIAR CUIDADORA)

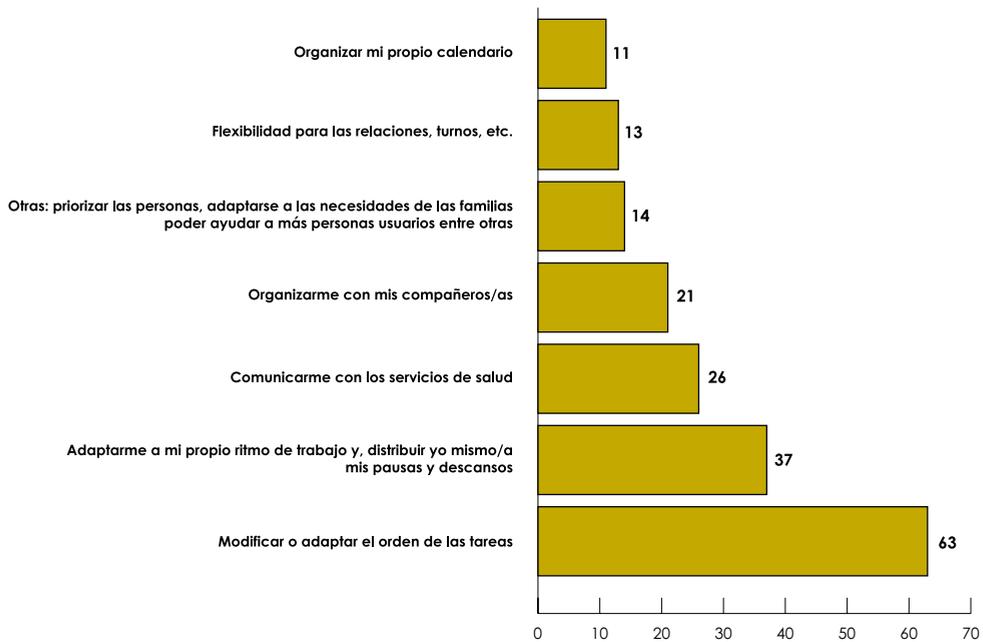
«[Cada vez se requiere mayor atención profesional en el domicilio porque las personas, mientras se pueda, prefieren vivir en su casa. Y para que eso pueda ser posible se hace cada vez más necesario que profesionales que habitualmente no prestan servicios en los domicilios, se incorporen. Afortunadamente, se están empezando a incluir en muchos pliegos otras figuras profesionales que complementan las tareas tradicionales que desempeñan el personal auxiliar. Me refiero sobre todo a terapeutas ocupacionales, pero también fisioterapeutas, psicólogos, peluquería...».

(E14, MUJER, PROFESIONAL)

Entre los resultados del cuestionario aplicado a personas trabajadoras familiares y auxiliares se aludía, como se acaba de mostrar, a que algunas de ellas muestran acuerdo respecto a que quienes cuenten con formación adecuada puedan realizar otras funciones más allá de las tareas típicas del SAD. En relación con esta cuestión, también se les preguntó qué tipo de decisiones creen que podrían tomar en su trabajo, en caso de que tuviera más autonomía (Gráfico 12). La mayor parte de respuestas se concentra en “modificar o adaptar el orden de las tareas” (63

personas que han seleccionado esta opción, 45,30% sobre el total de 117 personas), seguido, pero en menor medida, por “adaptarme a mi propio ritmo de trabajo y distribuir yo mismo/a mis pausas y descansos” (37 respuestas, 31,62%). También se destaca, por la relevancia que tendría esta función para avanzar en coordinación sociosanitaria, que un 22,22% de las personas encuestadas señalan poder “comunicarme con los servicios de salud”.

Gráfico 12. Tipo de decisiones que podría tomar en su trabajo si tuviera más autonomía. Número de respuestas



Fuente: cuestionario de personas trabajadoras familiares y auxiliares (n=117).

Estos resultados coinciden con los recogidos en la fase cualitativa del estudio, ya que algunos discursos han identificado que las limitaciones para la organización y gestión del tiempo para la dedicación a las actividades de atención familiar por parte de las trabajadoras es una de las áreas de mejora del servicio.

Por ello, se pone de manifiesto la necesidad de recurrir a modelos más avanzados y flexibles con jornadas autoorganizadas por las propias personas trabajadoras, que han impactado positivamente tanto en los costes (eficiencia) como en la atención (eficacia).

«[...] Digamos que el margen de mejora de la atención domiciliaria es muy, muy alto..., pero ¡no hay manera, no podemos llegar...!. Y eso nos pesa, eso nos está costando... También existen como unos anclajes de la profesión, de la trabajadora familiar, etcétera, que podría tener más iniciativa, pero que a veces se ve lastrada por lo que dice el convenio [...]. Hay una serie de anclajes de cómo tenemos estructurado todo el sector que impiden el cambio [...] No sé si avanzará, pero como no se muevan algunos de estos anclajes...».

(E12, MUJER, PROFESIONAL)

«Funcionábamos por sistemas de minutos. Me toca hacer esto en tres minutos, salir, cambiar y con lo cual era un sistema absolutamente productivista. Me di cuenta de que no estábamos interactuando y de que yo no quería seguir haciendo ese servicio así... Y cuando interactuamos directamente con las trabajadoras familiares decían exactamente lo mismo, pero es que no nos da tiempo... Es decir, tenemos el mismo tiempo para atender a la misma persona desde hace diez años. [...] el tiempo de atención, más allá de la tarea en sí misma, cada día se quedaba más reducida y con poca calidad [...] ¿Qué significa? Significa que igual que cuando entras en un domicilio te autoorganizas durante 60 minutos, te vas a autoorganizar durante toda la jornada laboral. La gran diferencia es esa...».

(E13, MUJER, PROFESIONAL)

Consecuentemente con todo lo anterior, cabe concluir que se produce coincidencia en nuestra investigación entre las opiniones de trabajadoras familiares o auxiliares del SAD, coordinadoras del servicios y personas expertas con respecto a la necesidad de realizar una revisión renovada del SAD: para que se conozca y se valore mejor; que dejen de atribuirse funciones exclusivamente centradas en las típicas de limpieza o de cuidados; que se incorpore a la formación contenidos relacionados con la ética, la relación de ayuda y la colaboración y comunicación efectiva entre servicios de proximidad, incluidos los de atención sanitaria.

6.5. La accesibilidad, los dispositivos de apoyo y las tecnologías para el futuro de los cuidados y la atención domiciliaria

La accesibilidad parte por una cuestión previa, que es conocer y entender las situaciones por las que pasa una persona que precisa de apoyos y cuidados, lo que debe evaluarse en el propio entorno y domicilio de la persona. Y, una vez valorado, poder acceder, cuando sea preciso, a la ayuda que corresponda, sea para la adaptación de la vivienda, para dotarse de servicios de apoyo para su mejor funcionamiento, o sea para facilitar el trabajo de la persona cuidadora. Más allá de esto, también resulta conveniente valorar la situación de los accesos a la vivienda y ver si hay disponibilidad de recursos, lo cual no está disponible en todas las comunidades. Vuelve a aparecer, así, como necesidad candente, que los nuevos edificios y/o domicilios deberían ser diseñados con una arquitectura líquida o flexible y, por lo tanto, facilitadora y adaptable.

«[...] las escaleras de acceso son absolutamente desiguales, hay muchos problemas. Evidentemente, hay muchas personas que tienen un nivel de movilidad muy bajo provocado por esta situación arquitectónica que les limita [...] Al final... es el entorno. Hay personas que no tienen un plato de ducha y situaciones arquitectónicas del domicilio o del edificio muy poco accesibles [...] Pero para poder detectar esta necesidad, si la valoración se hace desde el despacho, difícilmente vamos a llegar a identificar los problemas, porque el que está en el despacho, está en el despacho...».

(E13, MUJER, PROFESIONAL)

«[...] los edificios van a tener que cambiar para que se construyan pensando en las personas, tendrán que tener espacios comunes, van a tener incluso zonas de dispensarios....».

(E1, MUJER, EXPERTA)

Siguiendo este contexto, no solamente el diseño del edificio debería apostar por las preferencias y gustos de las personas, sino que son los propios sistemas y modelos de atención los que tienen que estar adaptados a la propia persona. En este sentido, ya existen dispositivos que pueden utilizarse en la atención domiciliaria que puede decirse que se basan en la AICP, porque están apostando por tecnologías que se apoyan en una visión ética, apuestan por la usabilidad y evitan aquellos aspectos de cualquier tipo que puedan resultar invasivos. De este modo, si se generalizara esta apuesta, un servicio tan extensivo y, en general, de tanta utilidad como es la teleasistencia, podría evitar algunos efectos negativos que ocurren cuando los dispositivos

resultan invasivos, por ejemplo, cuando se controla la actividad íntima de la persona. En suma, es necesario diseñar una teleasistencia y otros sistemas tecnológicos que acompañen a la persona de manera usable, ergonómica y no invasiva. Y, de alguna forma, estos sistemas también deberían ser más seguros y garantizar la privacidad.

«Yo estoy participando en un estudio que hay sobre una aplicación informática que estamos intentando elaborar desde el modelo AICP. La aplicación se adapta a la persona hasta tal punto que, por ejemplo, si esa persona le ordena a la aplicación arranca, pues la aplicación se enciende... O sea, se adapta a la forma de funcionamiento, a qué cosas va a activar y cuándo, dependiendo de la forma de vida de esa persona, de sus intereses y necesidades. Al final es intentar sacar la tecnología de la imagen que tiene; no solo como un elemento puramente asistencial, sino un elemento más de acompañamiento, que ayude a avanzar con la persona, a detectar cosas, a avisar si hace falta... Pero ahora mismo estamos intentando confluir más lo sanitario, lo social, lo tecnológico y el espacio físico».
(E2, MUJER, EXPERTA)

«'No suele llevar el medallón'. O sea, en más de una ocasión se han caído cuando el medallón no lo llevaba. Claro, hace falta una concienciación y sensibilización acerca de llevar un medallón... Pero también supone la generación de una imagen negativa porque, al llevarlo, muestras que necesitas un cuidado extra y una atención, porque tu solo por ti mismo no eres capaz. Y esa forma de asumirlo y entenderlo hace que esta gente y, es mucha gente, diga que no. Habría que modificar los diseños para hacerlos más atractivos y que no estigmaticen».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«Yo cada vez que veo todas esas cosas, que van poniendo sensores en las casas... eso a mí me horroriza, me horroriza porque digo yo, no es tan difícil controlar a una persona mayor en domicilio cuando tenemos teléfonos, por ejemplo, móviles».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

«Ellos estaban experimentándolo con todo ese sistema de cámaras y de todo ese montaje. Nosotras realmente colaboramos con las personas usuarias para que lo aceptaron y fue un fracaso tremendo. También lo vivieron fatal las familias. Fatal, decían "Me hablan, y yo no sé quién es... Yo no quiero que me espíen, yo no quiero que sepan lo que estoy haciendo...". Y aunque les explicabas "no, sólo es por si necesitas algo". No, no fue bueno. Dedicamos mucho esfuerzo. Lo hicimos en varios pueblos y no cuajó la cosa».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«Es que esto es algo que debiera estar totalmente adaptado a que cada persona lo utilice como le conviene. [...] No, no que se tenga que adaptar ella al dispositivo».

(E2, MUJER, EXPERTA)

«Nosotros intentamos que no sea invasiva, que no requiera una instalación en casa, ni formación y capacitación de las personas para usar esa tecnología, sino que sea super fácil. Entonces es una tecnología que funciona con pilas».

(E11, HOMBRE, PROFESIONAL)

Complementariamente, algunas de las personas informantes clave de nuestro estudio sugieren la conveniencia de que los sistemas tecnológicos que se desarrollen deberían estar destinados al registro y concentrarse especialmente en las actividades sanitarias y/o de compartición de sistemas de información sociosanitarios, intentando evitar los riesgos de la conexión a Internet. También se alude a la necesidad de disponer no solamente de un sistema de registro común, sino de un sistema informático común entre los servicios de salud y sociales. Por ejemplo, se menciona el uso de las escalas de valoración que se pasan en los diferentes recursos. La idea sería desarrollar un sistema informático fiable que esté disponible en todas las partes interesadas para que una escala que se pasa en los servicios sociales pueda ser vista y tenida en cuenta en el hospital, por ejemplo. Todo esto, a su vez, coincide con las respuestas que se obtuvieron en el cuestionario de personas coordinadoras del SAD, según el cual, y tal como se ha presentado anteriormente, (Gráfico 4), el 24,10% del total de la muestra respondieron estar a favor de invertir en tecnologías más usables y accesibles para la monitorización de la salud y la gestión de los casos, lo que, a

su vez, podría ser una fórmula para mejorar el servicio de atención domiciliaria y apoyar que éste se realice de manera más integrada y centrada en la persona.

«[...] hay programas que te dan toda la información, estados activos y tratamientos, aunque no trabajemos en ello, ya sea esencial, o no, te dan todo. Todas estas pequeñas células de intervención, contactos, relaciones, sinergias... Todo esto tiene que quedar, a mi entender, localmente registrado. Sin duda, tiene el riesgo de tener un mal uso desde la inteligencia artificial... Ya, pero si estuviésemos en un mundo ideal, dices en donde todo el mundo es de fiar y todo va bien y tal... Oye, pues nada, sería ideal poder tener toda la información que puedes adelantar».

(E1, MUJER, EXPERTA)

«Creo que es un reto y un objetivo deseable generar sistemas de información compartida, en los que se empleen las mismas herramientas, que se apliquen éstas con la misma sistematicidad y que, además, sean compatibles entre los dos sistemas. Ese es uno de los grandes retos de la legislatura. Porque Salud lo tiene muy avanzado, además, parte de una dirección única, desde Atención primaria, y cuenta con una estructura de aplicaciones informáticas, de registros y demás».

(E16, MUJER, PROFESIONAL)

«O sea, que cuando tú introduces el nombre de la persona y la dirección, automáticamente en pantalla tienes todos los servicios y tratamientos que hay, todo lo que hay. O sea que digitalmente fuera introducido, pero para todos los activos... En salud hay programas, pero en servicios sociales no hay programas que te den toda esta información, estados activos y tratamientos, no, no trabajamos con ello...».

(E1, MUJER, EXPERTA)

«Nosotros utilizamos una agrupación de patología crónica, que son grupos de acúmulo de enfermedad, por decirlo así. Es lo que nos permite el sistema informático y la mayoría corresponden a las personas que están en la punta de la pirámide de Kaiser permanente. Pero utilizamos una metodología propia que lo que hace es coger todas las enfermedades crónicas que tiene una persona en su historia clínica de salud y le añadimos el grado de dependencia que tiene».

(E2, MUJER, EXPERTA)

En algunos discursos, se menciona que el campo de la robótica puede ser un nexo de avance para los sistemas socio-sanitarios a futuro, al igual que sucede con los smartphones y otro tipo de sistemas basados en el internet de las cosas¹², pero todo esto todavía aparece con escepticismo en algunos entornos. Se percibe así, sobre todo, porque lo que se ve como verdaderamente necesario es la mejora de los productos para

12 El Internet de las cosas trata de tecnologías emergentes que conectan una variedad de dispositivos y sistemas cotidianos, como sensores, electrodomésticos, actuadores, computadoras y teléfonos celulares, lo que conduce a un sistema inteligente altamente distribuido capaz de comunicarse con otros dispositivos y personas (Atzori, Lera, y Morabito, 2010). Los sistemas ciberfísicos son la base para construir arquitecturas del Internet de las cosas.

la monitorización y predicción de enfermedades crónicas en el ámbito domiciliario o es la mejora de dispositivos enfocados propiamente a las situaciones de discapacidad y/o dependencia. También en los discursos se recoge que hace falta una mayor inversión y financiación de productos de este tipo.

«En temas de robótica y en aplicaciones a través del uso del móvil (smartphone) hay que invertir mucho más».

(E14, MUJER, PROFESIONAL)

«Yo creo que la monitorización de enfermedades crónicas, como la hipertensión, trastornos del ritmo cardíaco, diabetes, este tipo de visitas y consultas a la enfermera o al trabajador social, ese tipo de cosas sí que le veo mucho futuro, en cambio soy más escéptico para la introducción de algunos elementos como la robótica y este tipo de cosas».

(E3, HOMBRE, EXPERTO)

«[...] a nivel cognitivo hay una cantidad de herramientas de software que nos permitirían poder generar comunidades donde a la persona se le mermaría ese sentimiento de aislamiento, de soledad, si tiene la posibilidad de conectar de alguna otra forma [...]. Lo que pasa es que se sigue invirtiendo muy poco dinero en lo que tiene que ver con los avances tecnológicos en la atención de personas mayores. Si hubiera muchos más avances, más allá de una grúa de pecho y un pulsador en el cuello... Pero bueno, ahí queda la ventaja de que nos queda mucho camino por andar, con lo que podemos hacer muchas cosas chulas más adelante».

(E4, MUJER, PROFESIONAL)

**«Pero si queremos hacer algo ya y queremos algo bueno...
Pues hay cosas que ya están haciendo predicciones, sobre
todo modelos para el Alzheimer».**

(E5, HOMBRE, EXPERTO)

Si bien es cierto, como se comentaba en la primera parte de este informe, que la actual pandemia ha dejado patente la reducción de la “brecha digital” en algunos segmentos de la tecnología (como las videollamadas), de algunos discursos también se deduce que el acercamiento digital de las personas mayores irá en aumento en los próximos años, debido principalmente, a que las próximas generaciones de mayores son más conocedoras de la tecnología conectada. Se alude que, en todo caso, las nuevas soluciones tecnológicas deben ser cada vez más inclusivas y favorecer el consumo responsable de información digital.

«Ahora hay nuevos perfiles de personas mayores, que cada vez son más jóvenes y te piden Netflix, te piden tablet, te piden wifi, que hasta ahora nadie te pedía la contraseña del Wifi. Nadie traía móviles al centro, y ahora ellos se gestionan con sus móviles... Entonces sí que va a haber ese cambio. Pero también es necesaria. [...] esa fase pedagógica y formativa de familiares y también a profesionales. Nosotros tenemos servicios donde al cliente no le dejan tener wifi. [...] son gente mayor, autónoma. Entonces, ¿por qué no pueden tener wifi? ¿Por qué no pueden conectarse?, Creo, no lo sé, pero es de esperar que dentro de 10 años todo eso esté integrado».

(E8, MUJER, PROFESIONAL)

«La tecnología se tiene que integrar y se tiene que articular para que esa atención sea mucho más eficaz y mucho más eficiente. [...] tenemos que verlo desde una perspectiva de complementariedad y no de exclusión, ni de exclusividad. Ni la tecnología por sí misma va a ser capaz de dar respuestas a las necesidades que se plantean, ni posiblemente la presencialidad exclusiva lo va a hacer tampoco. Por lo tanto, la combinación de ambas yo creo que es muy importante. Y en ese sentido, pues la innovación... Imaginación al poder siempre, siempre. Y respuestas imaginativas, innovadoras, que permitan una base, una utilización más eficaz de los recursos disponibles y que favorezca la satisfacción en la atención que se recibe. Yo creo que esto es necesario e imprescindible».

(E9, HOMBRE, EXPERTO)

«Y un poco también que las personas no estén obsesionadas por acumular información... También es conveniente tener en cuenta la introducción de muchas características humanistas en la introducción de estas tecnologías. Entonces, bueno, para un informático esto es muy difícil».

(E11, HOMBRE, PROFESIONAL)

Por último, también se ha recogido que, desafortunadamente, la tecnología también es utilizada como elemento para "hacer bulto" en los pliegos y ofertas concursales, sin ningún fin o cuando ya existe el servicio (como sucede con la duplicidad del servicio de teleasistencia).

«Pues al final yo voy a incorporar un sensor de humo en mis ofertas, que no tiene ningún sentido y desde la teleasistencia se hacen más visitas porque no sé sabe cómo funciona. Pero ¿para qué?, ¿Con qué objetivo y con qué función?».

(E13, MUJER, PROFESIONAL)

7. Conclusiones

Con la información y datos que se han extraído de esta investigación creemos que se ha mostrado el grave y negativo impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19 para todas las personas y, de manera especial, para aquellas que tenían una situación de mayor vulnerabilidad y necesitaban apoyos y cuidados. Pero, en sentido contrario, que esta ha actuado también como un revulsivo que ha abierto algunas posibilidades y oportunidades para la mejor atención de las personas que viven en su domicilio. En este sentido, se han detectado y analizado algunas experiencias de atención domiciliaria avanzada, que pueden servir de inspiración para, a partir de ellas, desarrollar iniciativas que actúen como palanca de transformación que favorezcan procesos de suministro de apoyos que incrementen en mayor medida que en la actualidad la calidad de vida, el bienestar y el envejecimiento saludable, rompiendo también la tendencia histórica a primar en financiación y desarrollo de recursos los menos apetecidos por la ciudadanía: la residencia.

Entre los aprendizajes que se han adquirido durante la pandemia, destaca cómo la distancia física (que ha llegado a convertirse en distancia social) y las medidas para reducir los contagios han transformado la interacción entre personas y se han visibilizado barreras y dificultades en muchos aspectos de la vida cotidiana y, en concreto en la atención domiciliaria. En algunos discursos se comenta la pérdida de la interacción

social y de relaciones humanas que se ha producido incluso en el tipo de comunicación, que ha resultado menos efectiva que antes de la llegada de la pandemia, porque muchas veces se ha tenido que limitar a llamadas telefónicas e, incluso, se ha recurrido a hablar con la familia y no con la persona que requiere cuidados. En ocasiones, especialmente si nos referimos a las personas mayores que precisan de más apoyos y cuidados, puede afirmarse que se interrumpió su proyecto vital y, también el de las personas de la familia que las cuidan. Del mismo modo, las personas trabajadoras dedicadas a la atención domiciliaria, mujeres en su inmensa mayoría al tratarse de un sector altamente feminizado, tuvieron que hacer grandes esfuerzos para familiarizarse con la situación.

Existe coincidencia entre la literatura que se ha presentado y nuestros resultados al identificar las barreras que se han producido en la intervención sociosanitaria, ligadas a las recomendaciones políticas para la prevención de contagios. Por ejemplo, la escasez de material de protección, como las mascarillas o los EPI para las trabajadoras en los primeros meses de la pandemia, las limitaciones para el acceso a los domicilios, la falta de acompañamiento que ha dado paso al incremento de la soledad en personas en situación de dependencia, la ruptura de la continuidad y contacto de la atención familiar, el cierre de centros sociales y de día... En suma, la experiencia vivida ha dejado un impacto global en todo el ámbito de la atención domiciliaria, tanto entre las personas cuidadas, como en sus familias y también entre los equipos profesionales.

En cuanto a la diversidad de contextos territoriales, la pandemia también ha mostrado de manera más palpable que antes las diferencias entre las barreras existentes para la intervención sociosanitaria, tanto en las ciudades como en el medio rural, si bien los resultados obtenidos reflejan una mayor predisposición de los equipos profesionales que actúan en las áreas rurales

para la coordinación entre los centros de servicios sociales y los de salud (“conozco desde hace años a la enfermera y siempre nos consultamos algunos casos...”). En las ciudades, el volumen de personas que requiere atención se dispara y es más complejo atender de manera coordinada a las personas por otro tipo de limitaciones que no son solo económicas; así sucede con la propia organización del espacio, las *ratios* y la distribución de funciones. De manera contrapuesta, las áreas rurales disponen de menos recursos que las urbanas (en muchos pueblos no hay centro social, ni de día, ni asociacionismo, ni productos de apoyo...). Además, en particular en aquellas áreas donde es necesario el desplazamiento por varios núcleos de población, se añaden dificultades debido a la dispersión geográfica de esta y a la insuficiente dotación de profesionales itinerantes responsables de atender a todas las personas que lo requieren.

Por otra parte, desde un sector claramente feminizado y precario, como es el SAD, y tal y como apuntan nuestros resultados, se reclama que se tenga más consideración hacia el trabajo de cuidar, y se lamenta que “en estos tiempos y dificultades que estamos pasando no se haya valorado lo suficiente el trabajo que han hecho y continúan realizando las auxiliares de atención domiciliaria”. Del mismo modo, por parte de las profesionales del Servicio se pide con insistencia, por una parte, que este deje de ser considerado por los Servicios sociales como “un cajón de sastre”, pues no se pueden cubrir todas las necesidades mediante el SAD, y, por otro lado, que no se siga primando en los concursos y conciertos el precio frente a aspectos como las *ratios* suficientes, las buenas condiciones laborales, la formación y, en definitiva, la calidad.

Entre los problemas detectados por las profesionales del SAD, en coincidencia con anteriores investigaciones, se han destacado algunos como la precariedad laboral de las personas que prestan apoyo y cuidados en los domicilios y su escasa

formación. A ello hay que unir la fragmentación y falta de coordinación entre los diferentes servicios de proximidad públicos y privados que permitirían, junto al SAD, la permanencia en el domicilio. Además de estas dificultades, no hay que olvidar otro problema endémico de los servicios sociales y que también se ha señalado aquí, cual es su escasa tradición de trabajar apoyándose en la evidencia científica y la baja frecuencia de la evaluación sistemática sobre la eficacia, la eficiencia y la efectividad de las intervenciones (“Si no evaluamos los programas que tenemos, entonces, lo que hacemos son ocurrencias”).

Sin perjuicio de lo anterior, también se han recogido en nuestro trabajo de campo bastantes opiniones que revelan que existen dimensiones muy positivas sobre el trabajo que se desarrolla a través del SAD y que tienen que ver con la relación humana que se establece y el grado de satisfacción que les reporta tanto a las personas que reciben el servicio como a sus familias y a las propias trabajadoras de atención directa. Por parte de estas se verbaliza una alta satisfacción que se deriva de la realización de unas funciones mediante las que tienen oportunidad de tener un estrecho contacto directo con las personas mayores y con sus familias. En esta línea se considera que es un trabajo muy valioso y que debería tener más reconocimiento: “Te proporciona el sentimiento de realizar un trabajo bien hecho”; “me gusta estar con la persona a las que cuido y aprendo mucho de ella”; o “las relaciones personales en mi trabajo son positivas y de colaboración”. Por su parte, las familias y las propias personas que reciben los cuidados también destacan el valor de la relación cercana que tienen con las trabajadoras de este servicio.

Otra cosa son (lo que no se puede obviar y también aflora en nuestro estudio) las quejas por la escasez de plantillas, la precariedad que se deriva de las condiciones salariales, de jornada, de distribución del trabajo, etc. Y también importa retener las dificultades que se experimentan sobre cómo afron-

tar el gran problema que refieren los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, respecto a las dificultades que experimentan para encontrar personas que deseen trabajar en el ámbito de los CLD, que acepten los salarios que se ofrecen y que cuenten con la titulación requerida para ello.

Por su parte, tampoco son pequeñas las dificultades que en opinión de las coordinadoras del SAD deberían superarse para mejorar el modelo de atención domiciliaria. Destacan la falta de herramientas para la buena recogida y tratamiento de la información y de los casos (como la historia común entre sanidad y servicios sociales), por ejemplo. Y se ha producido un acuerdo bastante generalizado respecto a la conveniencia de que se implemente la metodología de gestión de casos, aunque no son muchos quienes la conocen en profundidad. Las profesionales con experiencia en esta metodología y que han opinado respecto a ella informan que debería ser desarrollada por profesionales de referencia (ya existentes en muchos lugares, aunque son escasos y debería ampliarse su número) que cuenten con formación sobre el contenido, herramientas y técnicas que conlleva. Se entiende que solo así podría realizarse una valoración integral y la historia de vida de cada persona que pueda desembocar en planes de atención y de apoyo con su participación y la de su familia y también lograr conectar con los recursos de la comunidad que puedan ser recomendables en cada situación y momento del proceso. Esto, naturalmente, como se señala en los discursos recogidos, exige disponer de tiempo suficiente en la jornada laboral y, por tanto, incrementar las ratios y, consecuentemente, la financiación.

En este sentido de avanzar hacia el logro del máximo de calidad en la atención, que es el objetivo que en general se defiende, se ha recogido de manera recurrente por parte de nuestras personas interlocutoras la necesidad de llevar adelante cambios en la concepción y en la organización y gestión

de los servicios de atención domiciliaria. El objetivo no es hacer “más de lo mismo”, pues, aunque se dispusiera de más financiación, si no se acompaña de una profunda transformación (o reinención, en palabras de Fantova, 2022) no se conseguirá el fin propuesto. Se sugiere, en general, desarrollar cambios mediante los que, a través de sistemas de coordinación vertical y horizontal, se incorporen, además del SAD como prestación técnica de apoyo y acompañamiento personal, un conjunto de servicios de proximidad que no sean incompatibles y tengan la suficiente flexibilidad para poder adaptarse a cada persona, cada territorio y cada contexto de intervención. El tipo de hábitat, sin duda, es una de las circunstancias que habrá de tenerse en cuenta de manera relevante, recomendándose especial atención a las zonas rurales, donde la provisión de servicios tiene necesariamente que ser innovadora para garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

Para hacer posible tal transformación, en general se considera justo comenzar por reconocer los importantes avances y aprendizajes del desarrollo de esta prestación a lo largo de los años. Pero, una vez hecho este reconocimiento, se considera preciso llegar a acuerdos mediante los que se vayan dando pasos firmes hacia una consideración de la atención domiciliaria como un paquete de servicios diversificados que integren las diferentes actuaciones y dimensiones que se revelan como necesarias para permanecer viviendo en casa: las prestaciones del sistema social y del sanitario, la coordinación entre los servicios formales e informales de cada territorio (desde el asociacionismo, el voluntariado, las farmacias y comercios, entre otros), la atención y apoyo a las familias, las intervenciones en la vivienda, el uso de productos de apoyo y tecnologías, así como la promoción de la participación social. Y para poder acompañar a las personas de manera personalizada y, al tiempo, identificar, integrar y gestionar los recursos necesarios y

disponibles en cada contexto a incluir en cada plan, aparece como conveniente incorporar metodologías como la que hoy se conoce como gestión de casos, si bien, debido a las controversias que también se han detectado, habría que enriquecer este concepto integrando en él el acompañamiento al itinerario personalizado a cada persona y familia, la gestión de los recursos y la intervención comunitaria.

En cuanto a cuestiones sobre accesibilidad a los espacios construidos a las que también se hace mención en los resultados de este estudio, existe acuerdo bastante generalizado acerca de que sería precisa una evaluación y valoración tanto del domicilio como del entorno en el que viven las personas que requieren CLD al inicio de la intervención con el fin de garantizar que las condiciones de la vivienda faciliten la accesibilidad, el confort y una vida digna e inclusiva en esta etapa de la vida. Sin embargo, nuestros interlocutores informan que esta valoración, en general, está ausente del trabajo de detección de necesidades que precede a la prestación de la atención domiciliaria (“sería conveniente que se hiciera incluso porque una adaptación, una ayuda técnica, puede reducir el grado de dependencia y, por tanto, reportar un ahorro a la Administración”).

Uno de los aspectos más positivos de las experiencias vividas durante la pandemia, también según los resultados que hemos obtenido, y que consideramos cabe rescatar para apoyarse en ellas, es todo lo relacionado con la detección temprana y prevención de enfermedades, o de situaciones de dependencia o de casos de soledad no deseada, y esto podría hacerse combinando la actuación de los diferentes recursos, como los centros sociales, las visitas preventivas a los domicilios, mediante la tecnología o también facilitando las consultas telefónicas (“... cuando actuamos ya es demasiado tarde, ya es muy complicado que la persona se recupere”).

En definitiva, puede concluirse que nuestros resultados abonan la necesidad de practicar un enfoque transversal en lo que respecta a la atención a las personas que viven en su domicilio entre las diferentes prestaciones y servicios sociales y, más allá, tener en cuenta que sus necesidades no se limitan a la que puedan prestarse desde los servicios sociales comunitarios. También se han rescatado actuaciones y programas que se están llevando a cabo en residencias que han comenzado a reinventarse para ofrecer servicios dirigidos a que las personas mayores que viven en el entorno puedan seguir permaneciendo en su casa y participando en su comunidad, con apoyo de la misma. Se han identificado, entre otros, casos de apertura de nuevos centros de día integrados en residencias, así como la creación de servicios de rehabilitación terapéutica que se ofrecen a las personas de la comunidad, y que también se llevan a los domicilios de manera itinerante desde los centros. Del mismo modo, algunos de estos servicios de rehabilitación y terapia se han integrado a través de videollamadas, lo que a su vez está favoreciendo la reducción de la “brecha digital” tanto de la persona mayor como de sus familias y también de las personas profesionales de la atención domiciliaria. En definitiva, se ha comenzado a impulsar un proceso de digitalización de la atención domiciliaria a partir de tecnologías ya existentes y del Internet de las cosas (IoT)¹³.

Conectando con lo anterior, y como puede extraerse de nuestros resultados parece que la atención domiciliaria que se practica ya en algunos lugares está inmersa en un proceso de cambio donde su concepción y las actividades se están reinventando: las tareas del cuidado personal y la limpieza del hogar, que eran el eje central de las funciones que mencionaban estudios anteriores, están pasando a ser enriquecidas por una

13 IoT o *Internet of Things* se refiere a aquellos productos o sistemas de la vida cotidiana que llevan a cabo una interconexión digital. Esto incluye wearables y relojes/pulseras inteligentes, robots, edificios inteligentes, electrodomésticos inteligentes, entre otros.

atención más de acompañamiento a la persona y a su familiar cuidador/a y, a partir de las necesidades que se evalúan, se llevan a cabo diversas gestiones múltiples (como pasear, o ir a la farmacia, al banco, a la iglesia), incluso sentarse a tomar un café y hablar con la persona a la que atiende con el fin de evitar la soledad no deseada. Así lo refrendan las opiniones, tanto de las coordinadoras del SAD como de las trabajadoras familiares y auxiliares, que coinciden en señalar la conveniencia de “ampliar funciones de acompañamiento y detección de riesgos e ir suprimiendo otras como las tareas domésticas, para las que no se precisa de formación especializada”.

En síntesis, podría señalarse como la principal conclusión que cabe extraer de esta investigación que el SAD, servicio considerado durante mucho tiempo como el llamado cumplir ese objetivo capaz de favorecer la permanencia en el domicilio y evitar la institucionalización, si bien alcanza una valoración positiva por parte de los actores principales del mismo, no es suficiente, tal como se viene prestando de manera general en la actualidad para dar respuesta a la diversidad de necesidades de atención que requieren las personas y, además, hacerlo de manera personalizada, integral y continuada.

Añadido a lo anterior, también resultan relevantes las manifestaciones que sugieren analizar las innovaciones que ya se están produciendo en España porque se estima que si de manera general funcionara en el sentido que muestran los resultados recogidos de estas buenas prácticas innovadoras, se multiplicaría su potencialidad para aportar una acción tanto preventiva y de promoción de la salud, como mitigadora de situaciones de vulnerabilidad, ya sea por fragilidad, soledad o dependencia, ajustándose a las preferencias y necesidades de la persona cuidada y de las familias cuidadoras. Además, otro beneficio añadido que se conseguiría con este cambio es que también puede resultar costo efectiva al facilitar durante más

tiempo la permanencia en la vivienda y en el entorno habitual de las personas, con lo que también se evita o reduce la institucionalización. En suma, se concluye que la atención domiciliaria integral y centrada en la persona con apoyos de la comunidad tiene capacidad para detectar y prevenir situaciones de riesgo con la participación de la persona, la familia y la comunidad y, también actuar de manera adecuada y coordinando los apoyos cuando las situaciones de carencia, soledad o dependencia aparecen. Para llevarlo a cabo, obviamente, habría que introducir cambios de calado en la propia conceptualización y organización de los servicios sociales y sanitarios.

Porque también se desprende de nuestro estudio, recogiendo el sentir de los actores que han participado en el mismo, que las acciones inherentes a este cambio de modelo no pueden circunscribirse a la decisión política de invertir la orientación financiera y de diseño de recursos, aunque esta es totalmente necesaria. También se ha insistido de manera recurrente en la necesidad de que la transformación que se considera precisa vaya precedida o acompañada de un amplio proceso de investigación, de formación y reflexión ética por parte de los equipos responsables de los servicios, tanto en el campo de la intervención, como de la planificación, la gestión y la investigación de manera que evite que se siga produciendo una confusa discusión sobre cuestiones que, como en el caso de las metodologías que se sugiere es necesario incorporar (gestión de casos, coordinación sociosanitaria, intervención comunitaria) atañen más al espacio corporativista que a las dificultades de su implementación y, desde luego, se alejan de satisfacer las necesidades de las personas que precisan los servicios.

En definitiva, se concluye que todos los sectores involucrados en el ámbito de los cuidados de larga duración necesitan ser reevaluados por las partes implicadas y, desde el enfoque transversal que requiere la AICP (en línea de las propuestas de

la comunidad experta y de Organismos como la U.E, OCDE, la OMS y la OIT), trascender el ámbito de los servicios sociosanitarios y que otros sectores sociopolíticos, como el sistema de empleo, el educativo, el de vivienda, el urbanístico, el tecnológico, así como la comunidad y las organizaciones sociales tengan cada día más presencia a la hora de incorporar respuestas de carácter innovador, atravesadas por un enfoque de género teniendo en cuenta la altísima feminización de todo lo que rodea al ámbito de los cuidados.

Finalmente, es relevante chequear, como corresponde siempre que se da por concluida una investigación, si se han cumplido los objetivos e hipótesis que se propusieron al inicio de la misma. En este sentido, creemos que de los resultados que se han ido presentando en este informe sugieren que los objetivos que nos propusimos al planificar el trabajo se han conseguido de manera suficiente: se ha obtenido nuevo conocimiento acerca de las debilidades, carencias y oportunidades del servicio de atención domiciliaria y este se ha extraído no solo de personas expertas, sino de las profesionales más directamente vinculadas y, por tanto, mejores conocedoras del SAD, así como de las propias personas que lo reciben y de las familias cuidadoras.

Del mismo modo, y en cuanto se refiere a las hipótesis de partida, también puede desprenderse de los resultados obtenidos que, en opinión de las personas informantes que han participado en el estudio, prevalece la opinión de que las mejoras que se orientan ya o que pueden orientarse en el futuro hacia otro modelo de atención que considere de manera integral y personalizada las necesidades de las personas que precisan apoyos y cuidados:

- a. proporciona mejoras en los diferentes ámbitos de la capacidad funcional de las personas mayores y, por tanto, favorece que estas puedan ser y hacer lo que para ellas

es importante y, así, que puedan continuar desarrollando su proyecto de vida;

- b. promueve mayor bienestar y calidad de vida de las personas cuidadoras familiares, gracias a los apoyos que se ofrecen (acompañamiento, formación y respiro) para cuidar y cuidarse mejor;
- c. beneficia a los sistemas de los servicios sociales y sanitarios porque, además de propiciar que las personas con necesidad de cuidados y sus familias puedan continuar viviendo de manera satisfactoria en su domicilio y entorno comunitario, se produce mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones y más satisfacción entre los profesionales que trabajan en el ámbito de los CLD.

Finalmente, se destaca la sintonía de nuestros resultados con las líneas que se contiene en el Componente 22 del Plan España de Recuperación, transformación y resiliencia, que pretende desarrollar, con apoyo de los fondos europeos *Next Generation*, un Plan de choque para la economía de los cuidados, cuyo principal objetivo es el refuerzo de la atención a personas en situación de dependencia y la transformación del modelo de apoyos y cuidados de larga duración, procurando la permanencia en el propio domicilio y comunidad con los apoyos necesarios. Y, para ello, se propone que, además del necesario incremento de la financiación, se apoyen políticas y actuaciones que sean coherentes con los modelos propugnados por la comunidad científica: integrales y centrados en las personas.

8. Recomendaciones

Como colofón de la investigación desarrollada, se extraen de sus resultados y de su análisis algunas recomendaciones que pueden resultar aprovechables para las acciones de mejora que se emprendan de cara al futuro. Se agrupan en dos grandes bloques.

En el primero se sitúan las actuaciones que se sugieren, en tanto se produce el verdadero cambio del modelo de manera generalizada, para introducir mejoras en la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio o, mejor, de atención domiciliaria. En el segundo, se sugieren las dirigidas a desarrollar líneas de actuación tendentes ya a la transformación del modelo de cuidados en la atención domiciliaria y en la comunidad si bien buena parte de estas podrían formar parte del primer bloque y llevarse a cabo sin más dilación:

I) En relación con el Servicio de Atención a Domicilio (SAD):

- 1.** Aprovechar la buena valoración que se ha recogido respecto a la atención personal que se presta desde el SAD a la hora de publicitar el Servicio o cuando se realicen campañas sobre la importancia de los cuidados como un valor social para evitar el confusionismo existente sobre su filosofía y funciones. Para ello, se considera de mucha utilidad rescatar la relevancia que tiene para el bienestar de las personas la relación cercana de escucha y acompañamiento profesional que se establece desde el conocimiento de la persona y la

- participación de esta en la planificación y desarrollo del plan de atención.
2. Erradicar o, al menos, disminuir sensiblemente las condiciones de precariedad laboral que se denotan entre las personas trabajadoras del SAD: bajos salarios, jornadas a tiempo parcial, desplazamientos largos, excesiva rotación de auxiliares o trabajadoras/es familiares, escasez de formación y supervisión...
 3. Incluir desde el inicio entre los objetivos del SAD la protección y apoyo a las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada o aislamiento social, para lo que se establecerán las correspondientes estrategias y técnicas para su detección e intervención.
 4. Actuar con un enfoque preventivo para detectar situaciones de riesgo o de agravamiento de las enfermedades o situaciones de vulnerabilidad en las personas.
 5. Complementar el SAD con la incorporación de otras personas profesionales, en especial, terapeutas ocupacionales y, de ser posible, fisioterapeutas, psicólogas/os, podólogos...
 6. Derivar las tareas domésticas hacia otros servicios de apoyo a familias sin recursos y servicios de proximidad, para poder potenciar la especialización del SAD en el acompañamiento y la atención personal.
 7. Desarrollar acciones formativas suficientes para prestar un servicio de más calidad, en especial, las dirigidas a profesionales coordinadoras y auxiliares o trabajadoras familiares, en las que se contemplen contenidos relacionados con los principios y criterios de la atención integral y centrada en la persona.
 8. Incluir en la prestación del SAD tanto las valoraciones e intervenciones dirigidas a la atención de las familias cuidadoras (asesoramiento, formación y servicios de

respiro), como las relativas a la accesibilidad de la vivienda y el uso de tecnología y productos de apoyo.

9. Incorporar la supervisión de los casos con carácter periódico para evaluar conjuntamente entre auxiliar/trabajadora familiar y coordinadora los resultados de la intervención y su posible reorientación. Si la supervisión se realiza en grupos, esta técnica implica un análisis de diferentes situaciones que se producen en la práctica y pueden considerarse también un espacio de pedagogía para mejorar los cuidados y de reflexión ética.
10. Desarrollar iniciativas innovadoras que pueden inspirarse en los modelos de atención domiciliaria que funcionan mediante equipos con mayor libertad profesional y auto responsabilidad (como por ejemplo, el modelo del Ayuntamiento de Barcelona "supermanzanas" y *Buurtzorg* de Países Bajos). Van dirigidas a incorporar el trabajo en equipo entre grupos de personas auxiliares o trabajadoras familiares para romper así el aislamiento del trabajo, mejorar los tiempos, planificar actividades y desplazamientos, flexibilizar los horarios, dotarse de un margen de autonomía en la organización y gestión, disminuir la rotación, etcétera.
11. Poner en marcha experiencias innovadoras y ecosostenibles para desarrollar el SAD en el mundo rural, que a su vez se adapten a cada contexto y necesidades de las personas.
12. Desarrollar alianzas formales y estables con los Centros de Salud para que, cuando el SAD atienda a personas con necesidades de atención sanitaria, se establezcan acuerdos de coordinación con el equipo de atención primaria sanitaria correspondiente.
13. Tener en cuenta el relevante papel de la asistencia personal para promover autonomía y vida independiente y promover su incorporación como servicio en los planes

consensuados con las personas en situación de discapacidad o dependencia.

14. Desarrollar actividades tendentes a incrementar el número de auxiliares del SAD o trabajadoras familiares mediante la convalidación de experiencia por formación de personas sin la titulación necesaria. Pero, para obtener el diploma correspondiente, tendrían que realizar un proceso formativo sobre los elementos y aplicaciones del modelo AICP en la atención domiciliaria
15. Incorporar sistemas de evaluación que no se limiten a la elaboración de informes estadísticos, sino que incluyan el impacto en el bienestar de las personas atendidas, incluyendo la voz de estas y la de sus familias, así como la de las profesionales de cuidados, de modo que se aborde el concepto de “calidad total”.

II) **En relación con la transformación del modelo de atención domiciliaria y de apoyo en la comunidad y, por consiguiente, del sistema de servicios sociales y su coordinación con los sanitarios y otros sectores.**

Además de las anteriores recomendaciones, se sugieren las siguientes, muchas de las cuales podrían también formar parte del bloque 1:

1. Generar acuerdos en torno al nuevo modelo de cuidados, de manera que este sea integral, común y compartido. Para ello, se realizará un trabajo colaborativo entre los agentes concernidos con el fin de sentar sus bases y fundamentos y establecer un ámbito consensuado de trabajo (intercambio de conocimiento, metodologías, herramientas, etc.) que trate de concluir con el diseño de un marco teórico y objetivos comunes y las correspondientes líneas de actuación para contextualizar las intervenciones.

Este proceso compartido de elaboración del modelo (puede vehicularse mediante planes o estrategias) debe ser liderado por las Administraciones públicas en el marco de sus competencias de protección social, en especial, las CC.AA. y las Entidades Locales, y ellas serían las encargadas de conducirlo asegurando que quede definido con claridad y constatando que contiene las cuestiones básicas que permitan su factibilidad y permanencia en el tiempo, tales como:

- los principios y fundamentos del modelo,
 - las prestaciones y recursos de proximidad que permiten la permanencia en el domicilio y se integran entre los servicios que componen la atención domiciliaria,
 - el procedimiento de acceso,
 - el incremento sostenido de la financiación y presupuestos destinados a los servicios de cada una de las Administraciones para que estos resulten de calidad, accesibles y asequibles.
 - la mejora de la gobernanza y colaboración efectiva también entre otras Administraciones públicas, en especial del sector social y del sanitario y también de otros (vivienda, transporte, participación...).
 - la incorporación de los recursos y agentes de la comunidad.
 - la formación necesaria para el equipo de profesionales.
 - la normativa que lo regule, cuidando que no haya diferencias tan importantes entre las administraciones locales de una misma C. A.
- 2.** Desarrollar diagnósticos completos de cada contexto territorial para reunir y dar a conocer a la ciudadanía los recursos existentes, creando también sinergias y coordinación entre los mismos mediante un trabajo comunitario. El conocimiento pleno y el empleo eficiente de los

recursos evita duplicidades y permite detectar vacíos o zonas sin atención en el sistema.

La generación de acuerdos entre los titulares de los diferentes recursos de cada área logra mejores resultados cuando las tareas a desarrollar están protocolizadas, por lo que no conviene dejar esta función al albur de la voluntad de los equipos profesionales, sino que deberían utilizarse instrumentos y metodologías claras de planificación, gestión y coordinación.

3. El diseño de las actuaciones que avancen en el nuevo modelo de atención tiene que tener como eje el respeto por la dignidad y los derechos de las personas y, para ello, la primera actuación es el conocimiento y reconocimiento de la persona en su singularidad y valor, incorporando instrumentos como la historia de vida de las personas necesitadas de apoyos, su valoración integral y un plan de acompañamiento elaborado conjuntamente entre el equipo profesional y con ellas para lograr que puedan seguir desarrollando su proyecto de vida y realizando las actividades que son importantes para ellas.
4. Simplificar las condiciones de acceso a los Servicios de atención domiciliaria, suprimir las incompatibilidades al máximo y reducir la burocratización y la fragmentación de los mismos. (Hacer paquetes de prestaciones y servicios que sean compatibles entre sí para favorecer la elección de las personas y ajustarlas a cada situación).
5. Cuando las personas presentan necesidades conjuntas de atención social y sanitaria, contemplar en el nuevo modelo formas eficaces de prevención y atención coordinada entre los servicios sociales y los sistemas de salud, sin limitarlos a los casos de complejidad asistencial.
6. Superar la identificación de la "atención integrada" solo con lo sociosanitario, y trabajar desde la comple-

mentariedad y la coordinación entre el apoyo de las familias y todas las prestaciones y servicios disponibles, tanto públicos como privados, incluidos los recursos de la comunidad. Desde este enfoque transversal, sectores como los de vivienda, transporte, cultura, tecnología, participación cívica, asociacionismo, voluntariado, farmacias, comercios... deberían de ser considerados.

7. Incorporar entre los objetivos del modelo de manera taxativa la no utilización / erradicación de todo tipo de sujeciones a las personas en situación de dependencia entre los que se propongan en el paquete de acciones integrales en los domicilios, en centros de día o residenciales u otros recursos de proximidad.
8. Trabajar, desde el enfoque de género, la corresponsabilidad en el reparto de cuidados, lo que es especialmente pertinente en este ámbito por la alta feminización que se produce, tanto entre las personas que necesitan CLD como por parte de los equipos profesionales, así como de quienes se ocupan de su cuidado en el entorno familiar y mediante personas trabajadoras contratados privadamente.
9. Tener en cuenta también los enfoques interseccionales para detectar y atender el incremento de la discriminación cuando se suman en una persona diversas circunstancias de riesgo, como ser mayor, tener una discapacidad, ser mujer, vivir en soledad o aislamiento, ser pobre... También, el relativo a la alta proporción de cuidadoras que son mujeres inmigrantes y participan de lo que se ha denominado "cadenas globales de cuidado"; así como el proceso de envejecimiento que se está denotando entre la población cuidadora del ámbito profesional.
10. Considerar los factores sociodemográficos y los contextos territoriales concretos para la planificación e inter-

vención en la atención en domicilios y comunidad con el fin de eliminar discriminaciones por razón del hábitat. Para el medio rural hay que introducir modificaciones e innovaciones que se adapten a la idiosincrasia de cada lugar, mientras que para el ámbito urbano puede ser recomendable tener en cuenta los resultados de programas como el de “supermanzanas”, del Ayuntamiento de Barcelona, para que sirvan de inspiración. Y para cualquier tipo de hábitat, son de interés las experiencias que desarrolla la Fundación Pilares basadas en el modelo AICP: programa “Cuidamos contigo” y las que se desarrollan en el proyecto europeo AICP.COM, con resultados positivos de evaluación.

11. Aprovechar el potencial que tienen los centros sociales de personas mayores para ofrecer, desde la solidaridad intergeneracional y el apoyo entre pares, programas de detección y de acompañamiento ante situaciones que puedan percibirse entre los socios (soledad, depresión...). Estos centros constituyen un valioso recurso que se extienden por toda la geografía española y podrían convertirse en un epicentro expendedor de salud y bienestar.
12. Desarrollar proyectos piloto sobre la base de ofrecer presupuestos personales para que las personas y sus familias organicen sus apoyos y cuidados, de manera que se fomente su autonomía y se adopten soluciones según necesidades, preferencias e intereses. Debe garantizarse la evaluación exhaustiva de estos proyectos, muy poco extendidos en España, para conocer sus fortalezas/debilidades/oportunidades y amenazas y poder estudiar posibilidades de extensión a otros lugares.
13. Desarrollar iniciativas para ir hacia una teleasistencia centrada en la persona en la que se despliegue todo el potencial que tiene este servicio (actuaciones preventi-

vas no invasivas, videollamadas con los servicios sanitarios o sociales, promoción y realización de actividades físicas, consejos nutricionales, servicio de consultas, chats entre personas para fortalecer las redes sociales...). La incorporación de personas teleoperadoras de referencia con un número pequeño de casos asignados puede favorecer claras mejoras en la personalización.

14. Incorporar nuevas y emergentes tecnologías en el ámbito de los CLD, que están llamadas a tener cada vez más un papel relevante. En este sentido, es preciso controlar que las mismas se diseñen de manera accesible y comprensible y que sean, ergonómicas para favorecer su usabilidad, incorporando al máximo aspectos que promuevan la personalización y se prevengan discriminaciones y estereotipos digitales y/o tecnológicos.
15. Contemplar en el diseño de los planes urbanísticos y de vivienda que se reserven espacios en el entorno para los recursos destinados a las personas con necesidad de apoyos y, en especial, para la planificación de viviendas y otros alojamientos que se diseñen de acuerdo con el principio de "viviendas para toda la vida". Y para los alojamientos dirigidas a las personas con necesidad de apoyos, contemplar alternativas como: apartamentos con servicios, viviendas intergeneracionales de apoyo mutuo, viviendas colaborativas tipo *cohousing*, viviendas compartidas, o residencias divididas en pequeñas unidades de convivencia.
16. Estudiar la posibilidad de desarrollar planes municipales de adaptación de viviendas antiguas con problemas de accesibilidad para evitar que algunas personas de movilidad reducida queden encerradas en sus casas. Las acciones que se programen tendrán en cuenta su accesibilidad, asequibilidad e inclusividad.

17. Promover que las residencias y los centros de día existentes en cada territorio, además de llevar a cabo su propio proceso de transformación para acomodarse a los elementos del modelo, se abran a la comunidad e incorporen servicios que se ofrezcan a las personas que viven en sus domicilios y a sus familias (comedores, podología, fisioterapia, gimnasio y actividades físicas, programas para personas cuidadoras, formación y apoyo a auxiliares y trabajadoras/es familiares, etc.). Desde este mismo concepto de apertura comunitaria, se trabajará para que las personas que viven en residencias u otro tipo de alojamiento participen en los recursos y actividades del entorno y puedan beneficiarse de sus bienes socioculturales e intergeneracionales.
18. Incorporar las metodologías y técnicas pertinentes y acordes con la transformación del modelo, como son:
- La gestión y acompañamiento de casos, la cual puede ser desarrollada preferentemente por quienes ostenten la figura de profesional de referencia en los servicios sociales comunitarios, siempre y cuando se garantice una *ratio* suficiente, o por parte de otra/o profesional que tenga la formación pertinente para ello. Existe evidencia de que la gestión de casos es la más idónea para garantizar una atención integral y centrada en la persona a quienes lo precisan, porque aúna el acompañamiento profesional utilizando técnicas de atención personalizada, así como la identificación de los apoyos, prestaciones y servicios que convengan a cada caso, gestionando su provisión y realizando el seguimiento pertinente.
 - La intervención y el trabajo de desarrollo comunitario como método y técnicas que propician el establecimiento de sinergias y el logro de alianzas

con los agentes de cada comunidad en la que se trabaje.

- Las técnicas de planificación, investigación, gestión y evaluación de programas como forma de garantizar que en el ámbito de los CLD se instale de manera general y sistemática el trabajo basado y apoyado en la evidencia científica. La generación de nuevo conocimiento mediante el desarrollo de estudios tanto cuantitativos como cualitativos propiciará que las reformas que se precisa efectuar para la transformación del modelo se apoyen sobre fundamentos sólidos.
 - Garantizar que la atención domiciliaria cumple con los estándares y requisitos de la atención integral y centrada en las personas mediante certificaciones por entidades solventes con conocimiento acreditado del modelo.
- 19.** Elaborar y desarrollar planes formativos dirigidos a los diferentes agentes concernidos en el ámbito de los CLD para que adquieran los conocimientos y competencias precisos para implementar los diferentes elementos del modelo AICP. Estas actividades de formación se incardinarán tanto en los estudios de grado, como en los postgrados, en la formación profesional y ocupacional y también existirá oferta para la formación de familias cuidadoras.
- 20.** Movilizar la solidaridad vecinal y comunitaria de toda la ciudadanía y canalizar su potencial latente, tanto para favorecer la inclusión social y la participación intergeneracional y diversa, como para avanzar en el concepto del “valor social de los cuidados” y construir entre todos los agentes sociedades más armónicas, justas y solidarias.

9. Referencias bibliográficas

Abou Allaban, A.; Wang, M. y Padir, T. (2020): "A Systematic Review of Robotics Research in Support of In-home Care for Older Adults". *Information*, 11 (2), 75. DOI: <https://doi.org/10.3390/info11020075>.

Adá-Lameiras, A.; Hernández Fernández, A. M.; Zorrilla Muñoz, V.; Agulló Tomás, M. S. (2020): "Edadismo, sexismo y discapacitismo: un análisis desde twitter en tiempos de la COVID-19" en María del Mar Molero Jurado, África Martos Martínez, Ana Belén Barragán Martín, María del Mar Simón Márquez, María Sisto, Begoña María Tortosa Martínez, Rosa María del Pino Salvador (coords.): *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. Nuevas realidades*. Madrid: Dykinson.

Agarwala, S. R.; Vijayvargiya, M. y Pandey, P. (2021): "A Vascular Necrosis as A Part of 'Long COVID-19'". *BMJ Case Reports*, 14 (7), e242101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-242101>.

Agulló-Tomás, M. S.; Agulló-Tomás, E. y Rodríguez-Suárez, J. (2002): "Voluntariado para mayores: ejemplo de envejecimiento participativo y satisfactorio". *Revista interuniversitaria de formación del profesorado: RIFOP*, (45), 107-128.

Agulló-Tomás, M. S. Zorrilla-Muñoz, V. y Gómez-García, M. V. (2018): "Género y evaluación de programas de apoyo para cuidadoras/es de mayores". *Prisma Social: revista de investigación social*, 21, 391-415.

- Agulló-Tomás, M.S., Zorrilla-Muñoz, V. y Gómez-García, M.V. (2019): "Aproximación socio-espacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores". *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 211-228. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1433>.
- Agulló-Tomás, M.S., y Zorrilla-Muñoz, V. (2020): "Technologies and Images of Older Women. Paper presented at the Human Aspects of IT for the Aged Population". *Technology and Society: 6th International Conference, ITAP 2020*, Copenhagen, Denmark, July 19–24, 2020, Proceedings, Part III. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-50232-4_12.
- Alonso Bigler, S. A. y Velasco Rodríguez, A. B. (2014): "De l'atenció a persones assistides a l'atenció centrada en la persona: eines de valoració". *Anuari de l'envelliment: Illes Balears*, 99-115.
- Alves, A.M.; Braatz Couto, S.; de Paula Santana, M.; Venturini Baggio, M.R. y Gazarini, L. (2021): "Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia". *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (9), e00133221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>.
- Amate, M. (2021): "El voluntariado como eje de transformación social". *Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos* (21), 125-129.
- Arango Gaviria, G.L. (2010): "Género e identidad en el trabajo de cuidado" en Enrique de la Garza Toledo y Julio César Neffa (coords.): *Trabajo, identidad y acción colectiva*. Colonia San Rafael: Plaza y Valdés Editores.
- Atkinson, T.; Cantillon, B.; Marlier, E. y Nolan, B. (2002): "Social Indicators: The EU and Social Inclusion". *Oxford Academic*, 1. DOI: <https://doi.org/10.1093/0199253498.001.0001>.
- Bailey, L.; Ward, M.; DiCosimo, A.; Baunta, S.; Cunningham, C.; Romero-Ortuno, R.; Kenny, R.A.; Purcell, R.; Lannon, R.;

McCarroll, K.; Nee, R.; Robinson, D.; Lavan, A. y Briggs, R. (2021): "Physical and Mental Health of Older People While Cocooning During the COVID-19 Pandemic". *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(9), 648-653. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>.

Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI.

Bayona Huguet, X.; Limón Ramírez, E. y Cegri Lombardo, F. (2018): "Propuestas para la atención domiciliaria del siglo xxi". *Atención Primaria*, 50(5), 264.

Beltran-Aroca, C.M.; González-Tirado, M. y Girela-López, E. (2021): "Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2)". *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(2), 122-130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>.

Benchetrit, G. (2000): "Breathing Pattern in Humans: Diversity and Individuality". *Respiration Physiology*, 122(2-3), 123-129. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0034-5687\(00\)00154-7](https://doi.org/10.1016/S0034-5687(00)00154-7).

Berg-Weger, M. y Morley, J.E. (2020): "Loneliness and Social Isolation in Older Adults During the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work". *The Journal of Nutrition, health & aging*, 24, 456-458. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>.

Bertomeu-Motos, A.; Ezquerro, S.; Barios, J. A.; Ledó, L. D.; Domingo, S.; Nann, M.; Martín, S.; Soekadar, S. R. y García-Aracil, N. (2019): "User Activity Recognition System to Improve the Performance of Environmental Control Interfaces: A Pilot Study With Patients". *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 16(10). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12984-018-0477-5>.

Bonafont, A. (2020). *Atención centrada en la persona: Historia de Vida y Plan personalizado de atención y de apoyo al*

- Proyecto de vida*. Número 5 de la Colección Guías. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Brown, E. G.; Chahine, L. M.; Goldman, S. M.; Korell, M.; Mann, E.; Kinel, D. R.; Arnedo, V.; Marek, K. L. y Tanner, C. M. (2020). "The Effect of the COVID-19 Pandemic on People With Parkinson's Disease". *Journal of Parkinson's Disease* (Preprint), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.3233/JPD-202249>.
- Buitrago Ramírez, F.; Ciurana Misol, R.; Fernández Alonso, M. C. y Tizón García, J. L. (2021): "Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas". *Atencion Primaria*, 53 (7).
- Campbell, D. T. y Fiske, D. W. (1959): "Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix". *Psychological Bulletin*, 56 (2), 81.
- Carrasco, C.; Borderías, C. y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Editorial Los Libros de la Catarata.
- Carroll, W. M. (2019): "The Global Burden of Neurological Disorders". *The Lancet Neurology*, 18 (5), 418-419. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30029-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30029-8).
- Cernic, B. G.; Kogawa, A. C. y Salgado, H. R. N. (2018): "Development of Differentiated Pharmaceutical Packaging for Greater Autonomy and Quality of Life for Physically and Visually Impaired Patients". *Saudi Pharmaceutical Journal*, 26 (7), 921-924. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2018.04.011>.
- Chudasama, Y. V.; Gillies, C. L.; Zaccardi, F.; Coles, B.; Davies, M. L.; Seidu, S. y Khunti, K. (2020): "Impact Of COVID-19 On Routine Care For Chronic Diseases: A Global Survey Of Views From Healthcare Professionals". *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14 (5), 965-967. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.

Comas, A. (2020). *COVID-19 Recovery and Resilience in Healthcare*. KPMG.

Comas-Herrera, A.; Zalakaín, J.; Lemmon, E.; Henderson D.; Litwin, C.; Hsu, A.T.; Schmidt, A.E.; Arling, G.; Kruse F. y Fernández, J.L. (2021): "Mortality Associated With COVID-19 In Care Homes: International Evidence". *International Long Term Care Policy Network*.

Comisión Europea. (2020). Inclusión social. https://ec.europa.eu/regional_policy/es/policy/themes/social-inclusion/.

Comisión Europea. (2021a). The 2021 Ageing Report. Underlying Assumptions Y Projection Methodologies. *European Economy. Institutional Paper 142*. Noviembre 2020. https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en.

Comisión Europea. (2021b). Long-Term Care Report Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>.

Connors, J. M. y Levy, J. H. (2020): "COVID-19 and Its Implications for Thrombosis and Anticoagulation". *Blood*, 135 (23), 2033-2040. DOI: <https://doi.org/10.1182/blood.2020006000>.

Criado-Quesada, B.; Zorrilla-Muñoz, V. y Agullo-Tomas, M.S. (2021): "El uso de tecnologías de asistencia sanitaria digital por parte de la población mayor desde una perspectiva de género e intrageneracional". *Teknokultura*, 18 (2), 103-113. DOI: <https://doi.org/10.5209/tekn.74199>.

Cruz, G.I. y McGhee, S.M. (2020): "Case Study Method to Design and Evaluate Person-Centred Integrated Palliative and End-of-Life Care". *Journal of Integrated Care*. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JICA-04-2020-0021/full/html>.

- Dabagh Rollán, V.O. (2023). *Programas de intervención y diseño de investigación social. Guía de apoyo metodológico en el marco del modelo AICP*. Número 10 de la Colección Guías. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- De Erausquin, G. A.; Snyder, H.; Carrillo, M.; Hosseini, A. A.; Brugha, T.; Seshadri, S. (2021): "The Chronic Neuropsychiatric Sequelae Of COVID-19: The Need for a Prospective Study of Viral Impact on Brain Functioning". *Alzheimers Dementia*, 17 (6), 1056-1065. DOI: <https://doi.org/10.1002/alz.12255>.
- Deuschl, G. Beghi, E.; Fazekas, F.; Varga, T.; Christoforidi, K. A.; Sipidi, E.; Bassetti, C. L.; Vos, T.; Feigin, V. L. (2020): "The Burden of Neurological Diseases in Europe: an Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *The Lancet Public Health*, 5(10), e551-e567. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0).
- Dorsey, E. R.; Sherer, T.; Okun, M. S. y Bloem, B. R. (2018): "The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic". [Review]. *Journal of Parkinson's Disease*, 8 (s1), S3-S8. DOI: <https://doi.org/10.3233/JPD-181474>.
- Durán, M. Á. (2018). *La riqueza invisible del cuidado* (Vol. 30): Valencia: Universitat de València.
- Elizalde-San Miguel, B. (2018): "¿Femenino e informal? El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica". *Revista prisma social*, 21, 243-262.
- England, P. (2005): "Emerging Theories of Care Work". *Annual Review of Sociology*, 31, 381-399. <http://www.jstor.org/stable/29737725>
- Esquivel, V. (2015): "El cuidado: De concepto analítico a agenda política". *Nueva Sociedad*, 256.
- Fajardo Ramos, E.; Núñez Rodríguez, M. L. y Henao Castaño, A. M. (2020): "Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic". *Revista Latinoamericana*

de *Bioética*, 20 (2), 91-101. DOI: <https://doi.org/10.18359/rbi.4813>.

Feldmann, M.; Maini, R. N.; Woody, J. N.; Holgate, S. T.; Winter, G.; Rowland, M.; Richards, D. y Hussell, T. (2020): "Trials of Anti-Tumour Necrosis Factor Therapy for COVID-19 are Urgently Needed". *Lancet*, 395 (10234), 1407-1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30858-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30858-8).

FEMP, Rodríguez, P. (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal y Fundación Caser.

Fernández-Mayoralas, G.; Rojo Pérez, F.; Prieto Flores, M.E.; Forjaz, M.J.; Rodríguez Rodríguez, V.; Monstes de Oca Zabala, V.; Oddone, M.J.; Rodríguez Laso, A. y Mayoral-Pulido, O. (2014). *Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez*. XIV Congreso Nacional de Población. Cambio demográfico y socio territorial en un contexto de crisis. Asociación de Geógrafos Españoles (1-14).

Filatov, A.; Sharma, P.; Hindi, F. y Espinosa, P.S. (2020): "Neurological Complications of Coronavirus Disease (COVID-19): Encephalopathy". *Cureus*, 12(3). DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.7352>.

Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo: Del capitalismo gestionado por el estado a la crisis neoliberal* (1ª ed). Madrid: Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador; Traficantes de Sueños.

García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (1994). *El análisis de la realidad social métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.

García Herrero, G. (Ed). (2010): "El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del servicio de ayuda a domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia". Asocia-

- ción Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. DOI: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.05>.
- García Navarro, J.A. (2014): "La atención integral e integrada sociosanitaria a personas con necesidades de cuidados de larga duración" en Pilar Rodríguez Rodríguez y Antoni Vilà (coords.): *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Ed. Tecnos.
- García Navarro, J.A. (2022): "La atención integral e integrada sociosanitaria. Cambios necesarios en los modelos de atención" en Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà y Clarisa Ramos-Feijóo (coords.): *La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados*. Madrid: Ed. Tecnos.
- Groarke, J.M.; Berry, E.; Graham-Wisener, L.; McKenna-Plumley, P.; McGlinchey, E. y Armour, C. (2020): "Loneliness in the UK During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Results from the COVID-19". *Psychological Wellbeing Study. PloS one*, 15 (9), e0239698. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>.
- Hashemi, A.; Madhavan, M. V. y Bikdeli, B. (2020): "Pharmacotherapy for Prevention and Management of Thrombosis in COVID-19". [Review]. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 46 (7), 789-795. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714273>.
- Henao-Castaño, A.M.; Blanco-Caviedes, J.J. y Fajardo-Ramos, E. (2021): "Carga del cuidador y resiliencia de enfermeros en atención domiciliaria durante pandemia covid-19". *Revista Ciencia y Cuidado*, 18 (3), 64-73.
- Herrera Molina, E.; Álvarez Rosete, A. y Librada Flores, S. (2014): "Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada" en Pilar Rodríguez Rodríguez y Antoni Vilà (coords.): *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y prác-*

tica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Ed. Tecnos.

Hochschild, A.R. (2003). *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work*. Berkeley: University of California Press.

Ibáñez, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto; perspectivas de la investigación social*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010). *Encuesta sobre personas mayores en España*. Madrid: CSIC.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2020). *Histórico. Informes publicados 2020*.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2021). *Información incorporada al Sistema de Información del SAAD sobre expedientes en vigor a 30 de abril de 2021*.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2022). *Histórico. Informes publicados 2022*.

Instituto Nacional de Estadística (2021). *Encuesta de población activa. Ocupados por sexo y ocupación. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada sexo. Media de los cuatro trimestres del año*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4768>.

Isaia, G.; Marinello, R.; Tibaldi, V.; Tamone, C. y Bo, M.I. (2020): "Atypical Presentation of Covid-19 in an Older Adult with Severe Alzheimer Disease". *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (7), 790-791. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.018>.

Jamieson, A. (1991). *Home Care for Older People in Europe. A Comparison of Policies and Practices*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Jecker, N.S. (2021): "You've Got a Friend In Me: Sociable Robots for Older Adults in an Age of Global Pandemics". *Ethics and Information Technology*, 23(Suppl 1), 35-43. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10676-020-09546-y>.

- Jordan, R.E.; Adab, P. y Cheng, K. (2020): "Covid-19: Risk Factors for Severe Disease and Death". *British Medical Journal*, (Vol. 368). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>.
- Kaji, R. (2019): "Global Burden of Neurological Diseases Highlights Stroke". *Nature Reviews Neurology*, 15, 371-372. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0208-y>.
- Largo, R.H. (2019). *The Right Life: Human Individuality and Its Role in Our Development, Health and Happiness*. Londres: Penguin UK.
- Lee, H.; Park, Y.R.; Kim, H.R.; Kang, N.Y.; Oh, G.; Jang, I.Y. y Lee E. (2020): "Discrepancies in Demand of Internet of Things Services Among Older People and People with Disabilities, their Caregivers, and Health Care Providers: Face-To-Face Survey Study". *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e16614. DOI: <https://doi.org/10.2196/16614>.
- Leta, V.; Rodríguez-Violante, M.; Abundes, A.; Rukavina, K.; Teo J.T.; Falup-Pecurariu, C.; Irincu, L.; Rota, S.; Bhidayasiri, R.; Storch, A.; Odin, P.; Antonini, A. y Ray Chaudhuri, K. (2021). "Parkinson's Disease and Post-COVID-19 Syndrome: The Parkinson's Long-COVID Spectrum". *Movement Disorders*, 36(6), 1287-1289. DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.28622>.
- Lette, M.; Ambugo, E.; Hagen, T.; Nijpels, G.; Baan, C. y de Bruin, S. (2020): "Addressing Safety Risks in Integrated Care Programs for Older People Living at Home: A Scoping Review". *BMC geriatrics*, 20(81). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1482-7>.
- Liu, K.Y.; Howard, R.; Banerjee, S.; Comas-Herrera, A.; Goddard, J.; Knapp, M.; Livingston, G.; Manthorpe, J.; O'Brien, J.T.; Pateron, R.W.; Robinson, L.; Rossor, M.; Rowe, J.B.; Sharp, D.J.; Sommerland, A.; Suárez-González, A. y Bursn, A. (2021): "Dementia Wellbeing and COVID-19: Review And Expert Consensus on Current Research and Knowledge Gaps". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(11), 1597-1639. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.5567>.

- Marois, G.; Muttarak, R. y Scherbov, S. (2020): "Assessing the Potential Impact of COVID-19 on Life Expectancy". *PLoS One*, 15 (9), e0238678. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238678>.
- Martínez Agut, M. P. y Zamora Castillo, A. C. (2018): "Acreditación de Competencias Profesionales y Objetivos de Desarrollo Sostenible: Las personas constituyen el centro del Desarrollo Sostenible logrando un mundo que sea justo, equitativo e inclusivo". *Revista Electrónica 'Quaderns d'Animació i Educació Social'*, 27, 1-23.
- Martínez Buján, R. (2022): "El modelo de cuidados de larga duración en transición: la articulación de programas comunitarios en el sistema público de bienestar tras la Covid-19". *Documentación social*, 10.
- Martínez-Riera, J. R. y Gras-Nieto, E. (2021): "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma". *Enfermería Clínica*, 31 (S1), S24-S28.
- Martínez Rodríguez, M. (2010): "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". *Informes Portal Mayores*, 98. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/buenaspracticadepedenciamartinez.pdf>.
- Mira Illana, M. A. y del Monte, J. (2022): "Modelos y tendencias en alojamientos y su aportación en la mejora del bienestar" en Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà y Clarissa Ramos-Feijóo, (coords.): *La atención integral y centrada en la persona . Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados*. Madrid: Ed. Tecnos.
- McFadyen, J. D.; Stevens, H. y Peter, K. (2020): "The Emerging Threat of (Micro)Thrombosis in COVID-19 and Its Therapeutic Implications". *Circulation Research*, 127 (4), 571-587. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.317447>.

- MPDI Journal of Open Access (2022). Special Issue "Friendly Residential Environments for Ageing in Place with Autonomy and Independence". https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/FREAPAI.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar el mundo*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
- Naciones Unidas. Resolución 46/91 <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>.
- Nakshbandi, G.; Moor, C. y Wijsenbeek, M. (2020): "Home Monitoring for Patients with ILD and the COVID-19 Pandemic". *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(12), 1172-1174. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30452-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30452-5).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2005). *Long-term Care for Older People*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/long-termcareforolder-peopleoecdstudy2001-2004.htm>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud*. <https://www.OMSint/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Ageing and Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *UN Decade of Healthy Ageing*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing#:~:text=The%20United%20Nations%20Decade%20of,communities%20in%20which%20they%20live>.
- Organización Mundial de la Salud (2021c). *Dementia. (Fact Sheets)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

- Orkaizagirre Gómara, A. (2013): "Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado". *Index de Enfermería*, 22 (3), 124-126. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200002>.
- Páez, D. y Pérez, J. A. (2020): "Social Representations of COVID-19 (Representaciones sociales del COVID-19)". *International Journal of Social Psychology*, 35 (3), 600-610. DOI: <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>.
- Papí Galvez, N. y La Parra-Casado, D. (2022). *Informe 2022. Cátedra de Brecha Digital Generacional. Las personas mayores en la era de la digitalización en la Comunidad Valenciana (datos 2021)*. (Versión publicada). Alicante: Ed. Cátedra de Brecha Digital Generacional. DOI: <https://doi.org/10.14198/bua.2022.papi.inf.c>.
- Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Ed. Dykinson.
- Pérez Orozco, A. (2010). *Cadenas globales de cuidados. ¿Qué derechos para un régimen global de cuidados justo?* Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020): "Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55 (5), 249-252. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>.
- Piquet, V.; Luczak, C.; Seiler, F.; Monaury, J.; Martini, A.; Ward, A. B.; Gracies, J. M.; Motavasseli, D. (2021): "Do Patients with COVID-19 Benefit from Rehabilitation? Functional Outcomes of The First 100 Patients in A COVID-19 Rehabilitation Unit". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102 (6), 1067-1074. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.01.069>.
- Porcel-Gálvez, A. M.; Badanta, B.; Barrientos-Trigo, S.; Lima-Serrano, M. (2020): "Elderly People, Dependency and Vulnerability in the Coronavirus Pandemic: An Emergency for a

- Social and Health Integration". *Enfermería Clínica* (English Edition), 31 (supl. 1), S18-S23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>.
- Porras Vaca, M. y Martín Pérez, A. (2021): "Adaptaciones de emergencia y contribución a la cultura organizacional. El papel de las trabajadoras del Servicio de Atención Domiciliaria de Barcelona en la gestión de la crisis del COVID-19 (marzo-mayo de 2020)". *Migraciones*, 53, 59-85. DOI: <https://doi.org/10.14422/mig.i53y2021.003>.
- Porto F. y Rodríguez P. (1998). *Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. Madrid: FEMP- IMSERSO.
- Power, R.; Byrne, J.; Kiersey, R.; Varley, J.; Doherty, C.P. (2020): "Are Patients Ready for Integrated Person-Centered Care? A Qualitative Study of People with Epilepsy in Ireland". *Epilepsy & Behavior*, 102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106668>.
- Ramos Feijóo, C. (2017): "Trabajo Social Comunitario desde el modelo de atención integral y centrada en la persona" en Clarisa Ramos-Feijóo (ed.): *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Ramos-Feijóo, C.; Lorenzo García, J.; Ferrandez Berná, A. y Suria Lorenzo, A. (2020). *Cómo favorecer el ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en los cuidados familiares*. Número 6 de la Colección Guías. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Ramos Feijóo, C.; Rodríguez, P. y García, J.L. (2019): "Innovación y modelo de atención integral y centrado en la persona. De mujeres cuidadoras a comunidades cuidadoras". *Parainfo Digital*, 1-3.
- Reicher, S.; Drury, J. y Stott, C. (2020): "The Two Psychologies of Coronavirus". *Psychologist*, 33, 7-7.
- Rey Merino, A.M. (2015): "Atención integral centrada en la persona" en Bartolomé Cruz Redondo, Judith Bembibre

Serrano y Jerónimo Barranco Navarro (coords.): *Herramientas para la reflexión de la práctica de la intervención social* [homenaje al profesor Francisco García Fernández]. Granada: Ed. El genio maligno.

Rinken, S. (2001): "La individualidad contemporánea. Un análisis a partir de la experiencia de las personas con VIH/SIDA". *Revista internacional de Sociología*, 59 (28), 45-67. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2001.i28.742>.

Rodríguez Cabrero, G.; Rodríguez Rodríguez, P.; Dabbagh Rollán, V.; Vilà i Mancebo, A.; Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Ed. Gobierno de Cantabria - Fundación Pilares para la autonomía personal. <https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/ACP%20DOMICILIO%20informe%20de%20resultados.pdf>.

Rodríguez Cabrero, G.; Dabbagh Rollán, V. y Rodríguez Rodríguez, P. (2017). *Personas mayores y voluntariado. El Programa de Acciones Locales de la Obra Social La Caixa*. Palma de Mallorca: Ed. Fundación La Caixa.

Rodríguez Cabrero, G.; Rodríguez Rodríguez, P.; de la Cruz, O.; Vilá i Mancebo, A. y López Trigo, J. (2017). *Estudio Delphi 2017: Los cuidados de larga duración: el Modelo de Atención Integral e Integrada y Centrada en la Persona (AICP)*. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

Rodríguez-Porrero Miret, C. y García-Milà Lloveras, X. (2022): "Diseño Universal, accesibilidad de la vivienda, tecnología y productos de apoyo" en Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà i Mancebo y Clarisa Ramos-Feijóo (eds.): *La atención*

- integral y centrada en la persona . Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados.* Madrid: Ed. Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005): "El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 5-15.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona.* Número 1 de la Colección Papeles. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2014): "La gestión de casos y el acompañamiento a lo largo del proceso de atención" en Pilar Rodríguez Rodríguez y Antoni Vilà i Mancebo (coords.): *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad.* Madrid: Ed. Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2015). *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia.* Madrid: Ed. Fundación Caser y Fundación Pilares.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido.* Madrid: Ed. Catarata.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2022): "Conceptualización del Modelo de Atención Integrada y centrada en la persona" en Pilar Rodríguez Rodríguez, Antoni Vilà i Mancebos y Clarisa Ramos Feijóo (coords.): *En La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados.* Madrid: Ed. Tecnos.
- Rodríguez Rodríguez, P.; Marin, J.A. y Valdivieso, C. (2003). *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares.* Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Rodríguez Rodríguez, P.; Bermejo L.; Marín, J. M. y Valdivieso Sánchez, M. (2011). *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de*

planificación y formación. (3ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez Rodríguez, P. y Gonzalo, E. (2022): "COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España". *Gaceta Sanitaria*, 36 (3), 270-273. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005>.

Rodríguez Rodríguez, P. y Mirete Valmala, C. (2018). *Guía sobre atención a personas adultas mayores en centros de día especializados en enfermedades neurodegenerativas según el modelo de atención integral centrada en la persona en Iberoamérica*. Madrid: Ed. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Rodríguez Rodríguez, P.; Ramos Feijóo C.; García Mendoza, A.; Dabbagh Rollán, V.; Mirete Valmala, C. y Castejón Villarejo, P. (2017). *La atención en domicilios y comunidad a las personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el modelo AICP*. Número 2 de la Colección Guías. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez Rodríguez, P. y Vilà i Mancebo, A. (coord.) (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Ed. Tecnos.

Rodríguez Rodríguez, P. y Zorrilla Muñoz, V. (2022): "Tendencias de cambio en los servicios sociosanitarios de atención domiciliaria tras los aprendizajes de la pandemia de la COVID-19". *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (31), 46-73.

Rogers, A. y Nicolaas, G. (1998): "Understanding The Patterns and Processes of Primary Care Use: A Combined Quantitative and Qualitative Approach". *Sociological Research Online*, 3 (4), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.5153/sro.192>.

- Ruiz-Cantero, M.T. (2021): "Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19". *Gaceta Sanitaria*, 35 (1), 95-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008>.
- Sánchez-González, D.; Rojo-Pérez, F.; Rodríguez-Rodríguez, V. y Fernández-Mayoralas, G. (2020): "Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (22), 8305. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228305>.
- Sánchez, V.L. (2019). *Triangulación metodológica para un estudio de caso: Las trayectorias de vida de las trabajadoras de la fábrica de confecciones Annan de Pergamino, Prov. de Buenos Aires (1940-1980)*. XV Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural "Debates en torno a la naturalización de las desigualdades sociales". Rosario, Argentina. <http://hdl.handle.net/2133/19392>.
- Scheepmans, K.; Dierckx de Casterlé, B.; Paquay, P.; Van Gansbeke, H. y Milisen, K. (2020): "Reducing Physical Restraints by Older Adults in Home Care: Development of an Evidence-Based Guideline". *BMC Geriatrics*, 20 (169), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1499-y>.
- Schett, G.; Sticherling, M. y Neurath, M.F. (2020): "COVID-19: Risk For Cytokine Targeting In Chronic Inflammatory Diseases? ". *Nature Reviewa Immunology*, 20, 271-272. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0312-7>.
- Schönfelder, W.; Eggebø, H. y Munkejord, M.C. (2020): "Social Care for Older People-A Blind Spot in the Norwegian Care System". *Social Work in Health Care*, 59 (9-10), 631-649. DOI: <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1847747>.
- Sheraton, M.; Deo, N.; Kashyap, R. y Surani, S. (2020): "A Review of Neurological Complications of COVID-19". *Cureus*, 12 (5), e8192. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.8192>.

Simard, J. y Volicer, L. (2020): "Loneliness and Isolation in Long-Term Care and the COVID-19 Pandemic". *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 21 (7), 966-967. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.006>.

Spielmanns, M.; Pekacka-Egli, A.M.; Cecon, M.; Witassek, F.; Schoendorf, S.; Lutz, D. y Hermann, M. (2021): "Covid-19 Outbreak During Inpatient Rehabilitation: Impact on Settings and Clinical Course of Neuromusculoskeletal Rehabilitation Patients". *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100 (3), 203-208. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001686>.

SIIS (2012). *El Servicio de Ayuda a Domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*. San Sebastián: SIIS Centro de Documentación y Estudios. https://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/EI%20servicio%20de%20ayuda%20a%20domicilio%20en%20un%20contexto%20de%20crisis%20económica.pdf.

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2014). *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf.

Stoop, A.; Lette, M.; Ambugo, E.A.; Wirrmann Gadsby, E.; Goodwin, N.; MacInnes, J.; Minkman, M.; Wistow, G.; Zonneveld, N.; Nijpels, G.; Baan, C.A. y de Bruin, S.R. (2020): "Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe". *International Journal of Integrated Care*, 20 (2). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5427>.

The World Bank Data (2022). Population Ages 65 and Above (% of Total Population). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=V1>.

- Van Bavel, J.J.; Baicker, K.; Boggio, P.S.; Capraro, V.; Cichocka, A.; Cikara, M.; Crockett, M.J.; Crum, A.J.; Douglas, K.M.; Druckman, J.N.; Drury, J.; Dube, O.; Ellemers, N.; Finkel, E.J.; Fowler, J.H.; Gelfand, M.; Han, S.; Haslam, S.A.; Jetten, J.; Kitayama, S.; Mobbs, D.; Napper, L.E.; Packer, D.J.; Pennycook, G.; Peters, E.; Petty, R.E.; Rand, D.G.; Reicher, S.D.; Schnall, S.; Shariff, A.; Skitka, L.J.; Smith, S.S.; Sunstein, C.R.; Tabri, N.; Tucker, J.A.; van der Linden, S.; van Lange, P.; Weeden, K.A.; Wohl, M.J.A.; Zaki, J.; Zion, S.R. y Willer, R. (2020): "Using Social and Behavioural Science to Support COVID-19 Pandemic Response". *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>.
- Vilà i Mancebo, A.; Rodríguez Rodríguez, P. y Dabbagh Rollán, V.O. (2019). *Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana*. Número 6 de la Colección de estudios. Madrid: Ed. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Yang, G.; Pang, Z.; Deen, M.; Dong, M.; Zhang, Y.T.; Lovell, N. y Rahmani, A.M. (2020): "Homecare Robotic Systems for Healthcare 4.0: Visions and Enabling Technologies". *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24 (9), 2535-2549. DOI: <https://doi.org/10.1109/JBHI.2020.2990529>.
- Youssef, A.; Wiljer, D.; Mylopoulos, M.; Maunder, R. y Sockalingam, S. (2020): "Caring About Me': A Pilot Framework to Understand Patient-Centered Care Experience in Integrated Care-A Qualitative Study". *BMJ Open*, 10 (7), e034970. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034970>.
- Zalakain, J. (2022): "Suficiencia, adecuación y gestión de la calidad en el marco del sistema español de atención a la dependencia". *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, 78, 21-49.
- Zorrilla-Muñoz, V.; Agulló Tomás, M.; Forjaz, M.; Fernández Jover, E.; Rodríguez Blázquez, C.; Ayala García, A. (2021). *Technol-*

ogy, Gender and COVID-19. Analysis of Perceived Health in Adults and Older People. Paper presented at the International Conference on Human-Computer Interaction.

Zorrilla-Muñoz, V.; Agullo-Tomas, M.S. y García-Sedano, T. (2019): "Análisis socio-ergonómico en la agricultura. Evaluación del sector oleico desde una perspectiva de género y envejecimiento". *ITEA, información técnica económica agraria: Revista de la Asociación Interprofesional para el Desarrollo Agrario (AIDA)*, 115 (1), 83-104. DOI: <https://doi.org/10.12706/itea.2019.005>.

Zorrilla-Muñoz, V.; Agulló-Tomás, M.S. y García-Sedano, T. (2020): "La vivienda y su entorno social. Análisis cuantitativo desde las personas mayores de 50 años". *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (170), 137-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.170.137>.

Zunzunegui, V. (2022): "COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes". *Gaceta Sanitaria*, 36 (1), 3-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.009>.

Anexo

Tabla 1. Conceptos, descripción de concepto, códigos, n.º de citas asociadas y descripción de código

CONCEPTOS	DESCRIPCIÓN DE CONCEPTO	CÓDIGOS	N.º DE CITAS	DESCRIPCIÓN DE CÓDIGO
	Diferencias en el rendimiento en cuanto a adecuación, calidad y eficiencia entre el sistema tradicional de provisión de cuidados sociales y sanitarios en los domicilios y el que se rige por los principios de la AICP. Diseño de modelos de CLD de proximidad, integrados, proactivos, con diversidad de actores y recursos sociosanitarios que puedan dar satisfacción a las necesidades de las personas mayores vulnerables sin separarlas de su entorno comunitario.	Tipo de atención	41	Descripción de la tipología utilizada en relación a la atención prestada (SAD tradicional o integrada y centrada), por tipología de personas (por diferencia geográfica, por sexo, etc.).
Calidad, eficiencia y atención en los cuidados		Coordinación	44	Tipo de coordinación y descripción de la misma con los diferentes servicios.
		Intervención sociosanitaria	88	Si se produce la modalidad de intervención sociosanitaria, donde se integran todos los tipos de actores.
		Metodología y estándares	104	Métodos y formas de trabajo, gestión de casos, evaluación, etc.
		Alianzas, acuerdos y otros servicios	49	Estrategias establecidas con diferentes entidades en relación a la gestión de casos. Diferentes actores que participan. Stakeholders.
		Equipo	38	Personal que integra el equipo de atención y otro tipo de servicios o entidades que participan, tipo de atención (limpieza, tipo de atención...).

CONCEPTOS	DESCRIPCIÓN DE CONCEPTO	CÓDIGOS	N.º DE CITAS	DESCRIPCIÓN DE CÓDIGO
		COVID-19	82	Diferencias, cambios, modificaciones en la atención debido a la pandemia. Medidas debidas a la COVID-19 que han afectado a los cuidados (como higiene, distancia social...).
Calidad, eficiencia y atención en los cuidados		Económico	101	Aspectos económicos relacionados con la calidad y eficiencia, por ejemplo, en cuanto a insuficiencia en recursos económicos para hacer frente a los cuidados, etc.
		Entorno y espacio	35	Entorno y espacio en los que actúa la entidad (rural/urbano).
		Medición y herramientas	26	Herramientas para la medición de la calidad de vida, estado emocional y otras utilizadas en la atención domiciliaria. Utilización de la historia de vida. Modelos y herramientas utilizadas por profesionales.
		Accesibilidad, usabilidad y ergonomía	19	En lo que se refiere a la vivienda, al uso de dispositivos de apoyo, a la utilización de productos tecnológicos, etc.
		Salud	42	Aspectos relacionados con la salud al aplicar el servicio que afectan a la persona cuidada.
Necesidades, experiencias y emociones en las personas cuidadas		Familias	17	Necesidades en las familias, cuidar a la persona cuidadora, programas. Emociones de las personas cuidadoras antes y desde la COVID-19.
		Persona cuidada	28	Experimentación de emociones de las personas cuidadas debido a la pandemia (u otros), vivencias y experimentación de aislamiento y soledad.

CONCEPTOS	DESCRIPCIÓN DE CONCEPTO	CÓDIGOS	N.º DE CITAS	DESCRIPCIÓN DE CÓDIGO
Profesionales y gestión	Necesidades de formación y redefinición de roles profesionales tienen que adoptarse desde la atención social y la sanitaria para avanzar hacia un modelo de atención integral y centrada en las personas	Oportunidades y dificultades	51	Oportunidades y dificultades que viven las personas profesionales en el día a día, antes y durante la pandemia.
		Roles y funciones	55	Descripción de roles y funciones realizados por las diferentes personas que integran la atención (por ejemplo, tareas domésticas y atención personal): Mejoras en estos roles y funciones.
		Profesionalidad	99	Idoneidad en los certificados de profesionalidad, necesidad de mejoras y cambios en la formación, dificultades para el reclutamiento, convalidación de experiencia, roles de género, evaluación de la formación, etc.
Demandas y mejoras	Demandas que las personas mayores y familias tienen sobre el modelo de cuidados en su domicilio	Demandas	59	Demandas que las personas mayores y familias tienen sobre el modelo de cuidados en su domicilio.
		Mejoras y sostenibilidad	357	Cambios o mejoras necesarias para un servicio más integral, participativo, etc. Sostenibilidad del servicio. Avances en la personalización e integración.
		Tecnologías	64	Papel de las tecnologías actual y con perspectiva futura.
		BBPP	33	Buenas prácticas según el modelo AICP.
	Innovaciones	33	Aspectos que se refieren a la innovación en el modelo y al cambio.	

Fuente: elaboración propia.



Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. N.º 7, 2023
ATENCIÓN DOMICILIARIA CON APOYOS DE LA COMUNIDAD.
ESPACIOS DE VIDA POST COVID-19 PARA LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA

pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org
ISBN: 978-84-09-48040-1 | Depósito Legal: M-3481-2023