

/09

Diversificación en los apoyos y cuidados a domicilio

Índice

0. Introducción.
1. ¿Por qué recibir cuidados en casa?
2. ¿Qué tipos de personas requieren cuidados en casa?
3. ¿Qué son los cuidados en casa y por qué son tan importantes?
4. ¿Cómo se articulan los cuidados en casa?
5. ¿Cuáles son las carencias del sistema y qué efectos tiene?
6. ¿Cuáles son las soluciones que se dan en otros contextos?
7. ¿Cuál es la solución que proponemos?
8. Bibliografía.



Autores:

Álvaro García Soler y Erkuden Aldaz.

Matia Instituto Gerontológico.

0. INTRODUCCIÓN.

Álvaro García Soler y Erkuden Aldaz.

Matia Instituto Gerontológico.

Desde la filosofía, la espiritualidad y la ética, Torralba (2002) señala que el cuidado y la fragilidad (no entendida desde el punto de vista médico) son la piedra angular del desarrollo de la sociedad en tanto que somos frágiles y necesitamos cuidados en varios momentos de la vida y que es el cuidado lo que ha permitido que a lo largo de las diferentes etapas de la vida la especie humana medre. Este planteamiento concuerda con el de la arqueóloga Penny Spikins (2018) que enuncia que en el cuidado, la compasión y la amabilidad han sido claves para el desarrollo como especie, especialmente atendiendo al concepto de Glynn Isaac del hogar como lugares donde las personas eran sociales y la descendencia y las personas vulnerables eran cuidadas, lo cual permitió la evolución de proto humanos a humanos.



1.

¿Por qué recibir cuidados en casa?

Las personas quieren envejecer donde han pasado toda su vida. El estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi (Del Barrio et al., 2015; Del Barrio y Díaz Veiga, en prensa) muestra la preferencia

Las residencias son el último recurso y se solicita cuando los servicios que se reciben en casa no son los suficientes para garantizar el bienestar.

de las personas por envejecer en casa en contraposición a envejecer en una residencia. Si bien, puede parecer una obviedad, hay varios factores que influyen en esta preferencia social. Quizás, si las residencias estuvieran organizadas de acuerdo a lo que las personas quieren y necesitan (con habitaciones privadas en lugar de compartidas, integradas en la comunidad en lugar de ser macro-residencias en las afueras, con mejor comida y un trato me-

nos rígido, acorde a las preferencias y necesidades de cada persona) esta estadística podría ser diferente. Pero desde hace varios años, la satisfacción con los servicios residenciales o la perspectiva de entrar en una residencia a pasar los últimos años de vida se antojan poco deseables en comparación con envejecer y recibir los cuidados necesarios en la propia casa. Es por eso que las residencias se consideran el último recurso en situación de necesitar cuidados y la plaza residencial se solicita cuando los servicios que se reciben en casa no son los suficientes para garantizar el bienestar de la persona y cuando la persona cuidadora familiar en la que recae la mayor parte de los cuidados claudica en el cuidado.



2. ¿Qué tipos de personas requieren cuidados en casa?

Atendiendo a las proyecciones estadísticas, se señala que las personas mayores en España serían un 31,4% de la población en torno a 2050 (Instituto Nacional de Estadística, 2020) en el año 2065 algo menos de 15 millones de personas mayores serán mayores de 65 años, casi el doble que en la actualidad (Fernández-Malloradas et al., 2018) con una tasa de dependencia estimada de cerca del 50% de las personas mayores. Este cambio demográfico prevé una sociedad con una mayor necesidad de cuidados y un interés por recibirlos en el hogar.

El concepto de “envejecer en casa” proviene de los desarrollos conceptuales de: estar en casa (*being in place*) y envejecer en casa (*ageing at home*) (Rowles, 2000; Rubinstein, 1989) y enfatiza las virtudes de recibir los cuidados en casa, sin embargo, el propio concepto incluye en su planteamiento envejecer, cuando lo que

viene a describir son dos procesos diferentes: el envejecimiento y la necesidad de cuidados. Aunque el concepto de *ageing at home* vincula envejecer y recibir cuidados en casa, se puede envejecer sin necesidad de cuidados y necesitar cuidados fuera del proceso de envejecimiento. Lo que sí parece claro es que, puestos a necesitar cuidados durante mucho tiempo, independientemente de la edad, “se está mejor en casa que en ningún sitio”, que diría Dorothy (Fleming, 1939).

Puestos a necesitar cuidados durante mucho tiempo, independientemente de la edad, “se está mejor en casa que en ningún sitio”.



3.

¿Qué son los cuidados en casa y por qué son tan importantes?

La raíz de la preferencia de envejecer y recibir los cuidados en casa se encuentra en los atavismos de protección del ser humano como especie y se desarrolla por aspectos culturales que configuran la casa como propiedad y entorno con significado histórico y emocional. El planteamiento de envejecer en casa no se sustenta solo por la búsqueda del bienestar de la persona, satisfacer una preferencia o porque económicamente la organización de los cuidados pueda salir rentable en ciertos escenarios, sino porque el hogar constituye parte de la identidad de la persona y mantiene la continuidad del proyecto de vida. A través de las rutinas de uso del espacio del hogar y los objetos personales se establece una dinámica de interacciones que Rowles llama “*Coreography of Being in place*” (Rowles, 2000) y que se puede traducir por coreografía de la existencia. Estas rutinas conforman la base diaria del comportamiento y cuando desaparecen tienen efectos sobre la identidad, autoestima y las relaciones (Dahlin-Ivanoff et al., 2007), por lo que recibir los cuidados que se necesitan cuando se envejece en el hogar es una cuestión vital.

Pero, ¿qué son los cuidados en casa? También puede parecer obvio por la propia formulación de la frase que significa: recibir los servicios y atención necesaria para satisfacer las necesidades de salud en el hogar. Sin embargo y aunque la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (llamada Ley de Dependencia o LAPAD) formula una serie de servicios para que las personas reciban los cuidados en su casa, el planteamiento de este capítulo excede los límites de esta definición en términos de concepto (qué significa cuidar), contexto espacial (dónde se dan estos cuidados), agencia (desde dónde y quién provee estos cuidados), tiempo (la duración de estos cuidados y distribución horaria), objetivo (qué tipo de necesidades se busca atender) y tipología (en términos de servicio, apoyo o atención).

Cuando se habla de cuidados de larga duración (o a largo plazo) se consideran bajo el modelo imperante como la respuesta a las enfermedades crónicas, dejando de lado aspectos preventivos, de sensibilización, de desarrollo de hábitos saludables y amigabilidad no necesariamente vinculados a la salud ni al contexto de la casa.

La OMS define los cuidados a largo plazo como las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (*World Report on Ageing and Health*, 2015). De acuerdo con esta definición, se podría considerar que la casa es uno de varios contextos de aplicación de los cuidados y que otros aspectos del cuidado fuera del hogar (hospitalario, ambulatorio, residencial...) tendrían que estructurarse con sus propios objetivos y medios. Sin embargo, en este capítulo, nos gustaría desdibujar las líneas de separación entre estos contextos y señalar que los cuidados en el hogar son quizás un marco amplio que subsume los diferentes contextos con sus propios objetivos para que la persona pueda permanecer en su casa.



4. ¿Cómo se articulan los cuidados en casa?

Considerando este marco amplio, se plantea que los cuidados en casa, de manera contra intuitiva, no se den exclusivamente en la casa, aunque el hogar y permanecer en él sean aspectos preeminentes de este planteamiento. Para entender cómo y por qué los cuidados en el hogar en España se organizan de la manera en la que lo hacen, hay que atender a las características contextuales del Estado, aunque la realización última de los cuidados por parte de la administración finalmente varíe entre comunidades autónomas, localidades, familias y personas. La atención a las personas mayores en España está prevista en la Constitución española (1978) en su artículo 50: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, sin tener en cuenta las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda y ocio”. Así, la Constitución establece dos puntos principales: la suficiencia de las pensiones y el establecimiento de una red de servicios sociales. Asimismo, la Constitución señala la importancia de los cuidados familiares, manteniendo el punto de vista paternalista, desde el que se prestaban los cuidados principalmente en el seno de la familia, a través de órdenes caritativas religiosas, mutualidades y servicios privados.

A partir del mandato constitucional la administración comienza a hacerse cargo de las residencias desarrollando el enfoque público y acuerdos con el sector privado. Sin embargo, en España no existe una legislación marco a nivel estatal. La competencia en materia de atención social está en manos de las comunidades autónomas, que tienen la facultad de regular los servicios sociales de forma independiente.

La ley garantiza el bienestar de las personas mediante un sistema de servicios sociales.

Varias articulaciones de las leyes a nivel autonómico sentaron las bases para el desarrollo de un sistema de protección al servicio del bienestar de la población. Estas leyes recogían declaraciones de principios y mandatos generales, que permitieron desarrollar el sistema público de servicios sociales estructurando los servicios sociales y la organización de la actividad de los centros residenciales, entre otros. Un hito en la regulación de los servicios sociales es la Ley de Dependencia. Desarrolla los artículos 49 (relativo a la discapacidad) y 50 de la Constitución y despliega un abanico de prestaciones para las personas que necesitan cuidados. La Ley se desarrolló a través de varios reales decretos que regulan aspectos relacionados con la financiación, la categorización de la dependencia y la prestación de servicios y establece tres grados de situación de dependencia, pero en todos ellos las personas tienen derecho a recibir cuidados de larga duración. Cada grado de dependencia tiene asociados una serie de servicios y prestaciones a los que las personas pueden optar, de intensidad o frecuencia creciente, según el grado: dependencia moderada, severa y gran dependencia.



Algunos de los diferentes servicios y prestaciones son: promoción de la autonomía personal, teleasistencia, asistencia en el domicilio, centro de día, centro de noche, atención residencial, prestación económica de asistencia personal, prestación económica, servicios en el domicilio, asistente personal y centros residenciales. Las residencias solían organizarse sobre la base de un modelo hotelero-hospitalario al que acudían las personas mayores cuando necesitaban cuidados especializados (físicos o cognitivos), además de las llamadas “residencias de validos” para designar el acceso de personas autónomas sin dependencia funcional. El modelo de atención residencial predominante tiene sus orígenes en el modelo biomédico, que considera a la persona como receptora de la atención sanitaria, centrándose en sus necesidades de salud y descuidando los aspectos relacionados con el bienestar personal y social. Desde 2010, el enfoque centrado en la persona se ha introducido en España a través del proyecto *Etxean Ondo* (Estar Bien en Casa), cuyo objetivo consistía en cambiar el modelo geriátrico por un modelo de atención centrado en la persona. En España este modelo se está consolidando como una aproximación necesaria y se están realizando esfuerzos desde entonces para acogerse a sus principios y procedimientos (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del gobierno de España, 2021).

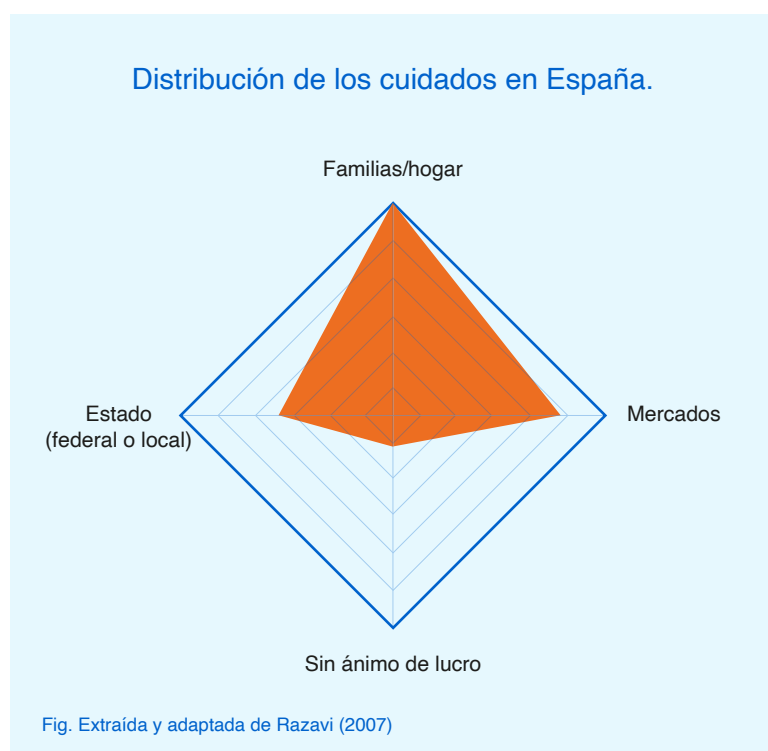
En este contexto, la llegada de la pandemia Covid-19 ha evidenciado la obsolescencia del modelo de atención residencial atendiendo a los efectos que la crisis sanitaria ha tenido en las personas que vivían en residencias en términos de salud, social y de derechos, mostrándose en estos últimos tiempos la voluntad política para la creación de leyes que promuevan el envejecimiento en casa y “como en casa” según el modelo de atención centrado en la persona.



La pandemia ha evidenciado la obsolescencia del modelo de atención de los mayores en residencias.



En la actualidad, la atención formal es más reactiva que preventiva y se presta desde los servicios sociales a través de la valoración de la dependencia y la provisión de servicios y prestaciones económicas, por un lado, y desde los servicios sanitarios a través de la medicina primaria, ambulatoria y el tratamiento especializado de los aspectos de salud, con una insuficiente coordinación sociosanitaria. En España, por tanto, la carga principal de los cuidados recae en la familia o en el círculo social cercano (esencialmente desarrollado por mujeres de mediana edad) (Comas-d'Argemir & Bofill-Poch, 2021), con el apoyo de los servicios sociales y de los servicios privados de atención, muchas veces no profesionalizados, prestados por migrantes (también, principalmente mujeres).



Atendiendo a la formulación del diamante de los cuidados de Razavi (2007) además de los cuidados provistos por la familia, el estado y el mercado se daría el cuidado por parte de la sociedad civil (o la comunidad): ONGs, vecindario, asociaciones, acción voluntaria, etc. Si planteásemos que el modelo de diamante representa una dotación de apoyo máxima en cada una de las áreas, podríamos representar la estructura de cuidados en España más hacia un triángulo: con gran carga familiar, apoyo (insuficiente) por parte de la administración, uso de servicios privados con coste familiar y escasa participación del entorno comunitario.

Esta situación está además inmersa en el cambio demográfico de una población envejecida por el menor número de nacimientos, el aumento de la esperanza de vida y otros aspectos como la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo que exige un cambio de paradigma en el desarrollo de los cuidados a nivel social para garantizar una atención digna, sostenible y equitativa en términos de género.

La baja natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la incorporación de la mujer al trabajo exigen un cambio de paradigma en los cuidados.

Planteando un punto de corte desde el año 2006 con la Ley de Dependencia hasta la actualidad, podemos decir que desde hace más de 15 años, principalmente las mujeres, en condición de hijas y esposas reciben la mayor parte de la carga de los cuidados recibiendo un apoyo, generalmente en formato de servicio por parte de la administración, que se complementa con servicios privados en el caso de contar con posibilidades económicas, servicios que, en pro de la accesibilidad económica, muchas veces se encuentran fuera del mercado regulado.



5.

¿Cuáles son las carencias del sistema y qué efectos tiene?

En este contexto de organización de los cuidados para las personas mayores en situación de dependencia el hecho de que el cuidado se ejerza mayoritariamente desde el seno familiar por parte de las mujeres implica su sobrecarga sistemática para llegar a dotar de los cuidados necesarios para la persona. Esto hace que la mujer en muchos casos no sólo se vea sobrecargada con efectos para su salud y el bienestar emocional derivados del cuidado intensivo y crónico, sino también el aumento del abandono laboral, perpetuación de la desigualdad de género y el desarrollo de cuidados no

especializados.

Esta situación se relaciona, en muchos casos, con la fragmentación de los cuidados. La persona que requiere cuidados de larga duración los requiere con frecuencia, durante un largo período de tiempo y con diferentes niveles de intensidad, muchas veces creciente. Además, estos cuidados los requiere en diferentes contextos y provistos, dependiendo de cada situación, por diferentes agentes con disciplinas y conocimientos diferentes. Hablamos de cuidados médicos o sociales, primarios o especializados, pero también del cuidado emocional y de los derechos de las personas para ser ciudadanos y participantes activos de la comunidad. La diversidad de agentes, objetivos y contextos de los cuidados se encuentra fragmentada de manera que no existe una articulación coherente entre las diferentes áreas dando lugar a largas esperas para recibir los servicios, falta de accesibilidad burocrática, falta de objetivos compartidos, reduplicación de procedimientos e ineficiencia sistémica, ausencia de flexibilidad de respuesta atendiendo a las características cambiantes de la vida de las personas y escasa posibilidad de elección dentro de los servicios llamados “de cartera”. Esto repercute en que los servicios dotados no coinciden con los requeridos en términos de intensidad, frecuencia, en el momento del día (por ejemplo, por la noche) o el lugar deseable para su recepción.

El mercado a su vez plantea oferta para cubrir la insuficiencia administrativa, en muchos casos, inaccesible por una parte de la población y con sus propias estructuras rígidas y trampas administrativas que orientan a las personas cuidadoras a buscar en la economía sumergida soluciones accesibles a sus necesidades, con efectos sociales perversos sobre colectivos más desfavorecidos, generalmente mujeres migrantes.

La insuficiencia administrativa obliga a buscar personas cuidadoras en la economía sumergida con efectos sociales perversos.



6 ¿Cuáles son las soluciones que se dan en otros contextos?

A pesar de las enormes diferencias que se encuentran en los estados miembros de la Unión Europea en la organización de los cuidados de larga duración, se considera que existen cuatro retos compartidos en el cuidado: cuidado accesible y adecuado para los que lo necesiten, servicios de calidad, profesionales formados con buenas condiciones de trabajo y la financiación en tiempos de demanda creciente (*Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, 2021*). Estos retos comparten la fragmentación entre sistemas a nivel interterritorial e interinstitucional, con excepción de Dinamarca, Portugal e Irlanda (Slavina Spasova, Rita Baeten et al., 2018). La organización de los cuidados de larga duración especialmente con base en los cuidados en el hogar y comunitario está marcadamente diferenciada entre gran parte de los países nórdicos, el sur y el este de Europa. Países como Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, así como otros países continentales muestran una tendencia a la desinstitucionalización constante desde hace años en comparación con la demanda al aumento de plazas de cuidados residenciales en España, Italia y Portugal (Slavina Spasova, Rita Baeten et al., 2018). La fragmentación excesiva entre los sistemas social y sanitario en España es una barrera que dificulta la atención integral (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011) influyendo, seguramente, en la elección de la residencia para recibir los cuidados necesarios.

Los planteamientos organizativos integrados plantean varias ventajas para la provisión de cuidados de larga duración a varios niveles (incluyendo financiación, estrategia y sostenibilidad). Hablar de cuidados integrados como un concepto único, sin embargo, no es posible dado que existen más de 175 definiciones que se solapan o están vinculados de alguna manera. Para los objetivos del capítulo podemos acogernos a esta definición sencilla: los cuidados integrados son el efecto de la combinación de las partes de manera que trabajen como un todo para optimizar los cuidados, particularmente importante donde las fragmentaciones en la dotación de los cuidados conllevan un impacto negativo en la experiencia de los cuidados y sus resultados (Goodwin et al., 2017).

Como evolución del modelo de Cuidado Crónico (*Chronic Care Model*) existen numerosas iniciativas orientadas a los cuidados integrados que han ido generando evidencia desde finales de los años 90, primeramente en Estados Unidos, Reino Unido y Suecia (Barr et al., 2003) y en la actualidad, son incontables ejemplos a diferentes niveles como los que se documentan a través de la *International Foundation of Integrated Care* o la *European Social Network*. Algunos ejemplos de intervenciones son los siguientes (Goodwin et al., 2017):

- **El caso de Quebec.** Partiendo de un programa experimental, PRISMA (*Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy*), Quebec estableció seis componentes clave para los cuidados integrados: coordinación a nivel regional y local, un único punto de entrada, gestión del caso, servicios individualizados, único instrumento de valoración y una historia clínica común.
- **Healthy Kingzigtal.** El Kinzigtal Saludable surgió como una iniciativa regional de cuidados para el entorno rural desde una organización médica (*Medizinisches Qualitätsnetz Kinzigtal*) la cual ha ido creciendo en su modelo de negocio integrando a pequeñas y medianas empresas documentando un alto nivel de satisfacción para los usuarios. Las claves para alcanzar los objetivos de mejora de la salud, de la satisfacción y de la eficiencia son: planes de tratamiento individualizado y toma de decisiones compartida, base en el Chronic-Care Model, seguimiento y *coaching*, provisión del cuidado adecuado en el momento que se necesita y desarrollo de un sistema electrónico de registro del paciente.



- **El caso del Highland Council.** En 2011 el Gobierno escocés definió un objetivo claro en relación a los cuidados. Enunciaba que “todas las personas pudieran vivir lo máximo posible en sus casas o en un contexto como en casa” y para ello desarrollaron un trasfondo legislativo para integrar salud y servicios sociales en 2014. El caso del *Highland Council* se denomina el modelo de *lead agency*. En este modelo se plantea la gobernanza local, equipos de cuidados integrados, la consulta ciudadana, la gestión económica de las prestaciones individualizada para uso en el contexto local, seguimiento e información sobre el uso de medicamentos (por ejemplo, a través de la tarjeta: *Sick Day Medicine Rules*), visitas médicas virtuales o el desarrollo de la colaboración con el tercer sector. A través de estos cambios, documentan un retraso de dos años de promedio en el ingreso residencial.
- **El modelo de Burtzoorg.** Desarrollado desde 2006 por un grupo de enfermeras en Holanda para el desarrollo de servicios de atención domiciliaria, la organización ha crecido hasta más de 11.000 profesionales que dan servicio en equipos itinerantes de hasta seis enfermeras a cada vecindario. El modelo se considera revolucionario y documenta satisfacción con los cuidados, mejora de la salud y recuperación más temprana, además de mayor satisfacción profesional y menos absentismo, que otras entidades de dotación de servicios. Para ello plantean un acercamiento holístico a la persona, apoyo para todas las edades y condiciones médicas, evaluación y empoderamiento del paciente. Este modelo con base sanitaria se está implantando actualmente en varios estados de EE.UU. y en países europeos.

En Escocia, el modelo de cuidados a través de visitas médicas virtuales individualizadas retrasa dos años el ingreso residencial.

- **Nueva Zelanda.** El Sistema de Salud del Distrito de Canterbury está considerado como un sistema de salud bien integrado, tras la introducción del programa: *Improving the Patient Journey* (2004-2005). Una de las claves de su desarrollo es la participación de las personas y usuarios. La creación del *Canterbury District Health Board Consumer Council* da voz en la planificación, diseño y provisión de servicios del sistema salud. Desde estos desarrollos se plantearon tres objetivos estratégicos: que las personas tomen responsabilidad por su propia salud, que permanezcan en sus propias casas y comunidades y que reciban cuidado apropiado y a tiempo en los casos complejos.
- **GRACE, Geriatric Resources for Assessment of Care of Elders** (Counsell et al., 2006), está considerado como un buen ejemplo de transición de sistemas de cuidados en EE.UU. A través de una formación de 12 horas por parte de una enfermera y una trabajadora social se forma a profesionales para desarrollar un equipo multidisciplinar con el siguiente procedimiento de dotación de cuidados: visita a domicilio, evaluación geriátrica integral, reunión con el equipo multidisciplinar (geriatra, farmacéutica, fisioterapeuta, trabajadora social y enlace de servicios comunitarios), desarrollo de un plan de cuidados individualizado y seguimiento de condiciones geriátricas.
- **Mallu does the rounds** (*Mallu Does the Rounds Delivering Cost-Effective Health Care Services in Rural Finland Location*, 2011). Equipo de rehabilitación itinerante en entorno rural en Eksote, Finlandia. El caso de Eksote muestra impacto en la reducción de la necesidad hospitalaria, visitas médicas a domicilio y reducción de costes del sistema de salud. Este planteamiento tiene su objetivo en la rehabilitación en el domicilio a través de un equipo de enfermería y fisioterapia para la rehabilitación, apoyo ambulatorio, cuidado dental, vacunación, seguimiento de enfermedades, y consejo de salud a domicilio.



7. ¿Cuál es la solución que proponemos?

Si bien las diferentes iniciativas son difícilmente comparables: se desarrollan en diferentes contextos, grados de madurez en la integración en los ejes vertical y horizontal tanto del sistema social como sanitario (y entre ambos), se enfrentan a barreras específicas, y los impactos se dan en diferentes áreas, presentan algunos aspectos comunes sobre los cuidados integrados que nos pueden servir para plantear un acercamiento con base en las buenas prácticas, atendiendo a las características específicas de nuestro contexto nacional y a la creciente evidencia sobre prácticas de integración y coordinación de servicios.

Cada vez más se va desarrollando el concepto de ecosistema en el cual la persona que requiere cuidados se encuentra en el centro de una organización de agentes y procedimientos interrelacionados para la coordinación del cuidado. El prefijo eco se vincula en estos casos como el establecimiento de relaciones naturales de manera sostenible en el tiempo. Si bien el símil no es perfecto (pensemos en lo desafortunado de incluir relaciones de depredación o parasitismo en un sistema de cuidados) nos evoca una estructura de acciones interconectada para que la persona reciba los cuidados que necesita.

En nuestro contexto, la Fundación Matia ha venido explorando estos acercamientos desde 2011 con el desarrollo del proyecto *Etxean Ondo* (que podría traducirse por: Estar en Casa bien) y que buscaba la permanencia en el domicilio de las personas que envejecen y requieren cuidados o en el caso residencial: como en casa. Posteriormente el Proyecto *Etxean Bizi* (Estar en Casa) se desarrolló en tres municipios de Gipuzkoa como un acompañamiento a las trabajadoras sociales para incorporar la gestión del caso para la coordinación de los servicios de las personas con necesidad de cuidados. En la actualidad, el Proyecto Como en Casa, financiado por los fondos *NextGenerationEU* en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, busca el cambio de modelo del contexto residencial, la desinstitucionalización y la alternativa para que las personas reciban sus cuidados en casa o como si fuera su casa.

Entendiendo que los cuidados en el hogar trascienden los muros de la vivienda, la articulación de estos deberá tener en cuenta las necesidades de la persona en su comunidad, independientemente de que sea un entorno rural o urbano. La recepción de los cuidados adecuada a las necesidades de las personas, con continuidad, cubriendo los vacíos de atención que produce, la fragmentación de los sistemas, la sostenibilidad eliminando duplicaciones, esperas y carga burocrática, la eficacia y comunicación multidisciplinar, la co-responsabilidad y empoderamiento de las personas para conocer sus derechos, ejercerlos y elegir de acuerdo a su idiosincrasia y plan de vida, son algunas de las claves transversales a estos proyectos, pero para conseguir articularlas se necesitan avances en diferentes niveles de actuación y cambios de concepto en las disciplinas dedicadas tradicionalmente al cuidado.



Cuando hablamos de ecosistema podemos pensar en relaciones simbióticas como el agregado de diferentes acciones que favorecen a los diferentes agentes dando un sistema funcional. Estas relaciones son necesarias para la coordinación de los cuidados entre los diferentes servicios de manera que el cambio de acciones en un servicio apoye el cambio en otro servicio, con el objetivo compartido de la mejora del bienestar, calidad de vida y dignidad de la persona que requiere cuidados.

En estos contextos se dan numerosas posibilidades de intervención para buscar este enfoque ecosistémico, dado que existen también diferentes niveles: personal (entre persona que cuida y que recibe cuidados), profesional, de coordinación de servicios vertical (por ejemplo entre medicina primaria y especializada o entre servicios sociales de base y servicios sociales especializados), de coordinación de servicios horizontal (entre servicios sociales y servicios de salud y la comunidad), de política (en términos de legislación, voluntad política de cambio, financiación, etc.) y de concepto social de los cuidados (el significado de cuidar, edadismo, amigabilidad, etc.), todos ellos interrelacionados y con influencia entre sí.

En nuestra experiencia, el procedimiento a seguir incluiría la consulta ciudadana, la generación de conocimiento, sensibilización y desarrollar la gobernanza comunitaria para acercar los servicios a las necesidades de las personas, la gestión del caso y la capacitación de las profesionales.

La gestión del caso reúne un doble papel, el del cambio de rol de la burocratización administrativa de la trabajadora social de base en un ayuntamiento o de enfermera en premisas sociosanitarias, a un trabajo orientado a la persona; flexible, que permita escapar de las constricciones del sistema estanco de valoración y de los servicios de cartera; orientado a la persona, escuchando sus necesidades e intereses más allá del establecimiento de un grado en el baremo de la valoración de la dependencia; que se relacione con otros servicios, contacto con los ambulatorios, áreas de especialización y con el entorno comunitario y la acción voluntaria; y que empodere a la

persona para la toma de decisiones y pueda hacer el seguimiento del caso atendiendo a los cambios y la dinámica de desarrollo de la persona y sus necesidades.

Asimismo, el cambio de concepto de los cuidados tiene que volcarse sobre la comunidad, sensibilizándose el vecindario, el comercio cercano y la sociedad en general, pero también las profesionales que proveen de cuidados directamente a la persona, por lo que la capacitación, la formación y la sensibilización se plantean como cambios conceptuales y pragmáticos en la dotación de los cuidados, la prevención, el trato y el trabajo digno no precarizado.

El reto está en lograr el cambio en estos engranajes, partes de un sistema complejo, para integrar fuerzas e iniciativas de las diferentes estructuras permitiendo a las personas permanecer en su entorno: servicios de proximidad, acción voluntaria, vecindario y familias. Este reto ha de

contemplar las implicaciones económicas también de una manera integral, puesto que la inversión en un sistema puede tener efectos de ahorro en otro sistema que, observado aisladamente, se considera como gasto y no como

inversión. Sin embargo, al margen de la visión integral del coste de la intervención, poner el foco en la eficiencia y no en la eficacia facilita atender a la opción más económica cuando a lo que deberíamos apuntar como sociedad es que el cuidado no sea el más barato sino el mejor posible.

La inversión en un sistema puede tener efectos de ahorro en otro sistema.



8.

Bibliografía.

Barr, V. J., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). "The expanded chronic care model. *Healthcare Quarterly*", 7(1), 73–82.

Comas-d'Argemir, D., & Bofill-Poch, S. (2021). "El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19".

Counsell, S. R., Callahan, C. M., Buttar, A. B., Clark, D. O., & Frank, K. I. (2006). "Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*", 54(7), 1136–1141. <https://doi.org/10.1111/J.1532-5415.2006.00791.X>

Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A., & Iwarsson, S. (2007). "The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*", 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.1080/11038120601151714>

Del Barrio, E., Mayoral, O., & Sancho, M. (2015). "Estudio sobre las condiciones de vida de las personas 55 y más años en Euskadi". <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Del Barrio, E. y Díaz-Veiga, P. (en prensa). "Estudio sobre las condiciones de vida de las personas 55 y más años en Euskadi 2020". Documentos de Bienestar Social, 79, Servicio Central de Publicaciones de Gobierno Vasco.

Fernández-Mallorales Fernández, G., Labeaga Azcona, J. M., López Doblaz, J., Madrigal Muñoz, A., Pinazo-Hernandis, S., Rodríguez Rodríguez, V., & Vidal Domínguez, M. J. (2018). "Las Personas Mayores en España".

Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2017). "What Is Integrated Care? In *Handbook Integrated Care* (pp. 3–23). Springer International Publishing". https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_1

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Proyecciones de Población 2020-2070. 1–19. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Social Protection Committee. (2021). "Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society" (Vol. 1).

European Network for Rural Development. (2011). "Mallu does the rounds Delivering cost-effective health care services in rural Finland Location". www.eksote.fi/mallu

Fleming, V. (Director). (1938). "El Mago de Oz" [Película]. Metro-Goldwyn-Mayer.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. In P. S. e I. Ministerio de Sanidad (Ed.), Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del gobierno de España (Coord.). "España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo". Madrid: Ministerio de la Presidencia. 2021. ISBN: 978-84-7471- 150-9.

Razavi, S. (2007). "The Political and Social Economy of Care in a Development Context". *Gender and Development Programme Paper*, 3, 20–21.

Rowles, G. D. (2000). "Habituation and Being in Place. *The Occupational Therapy Journal of Research*", 20(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1177/15394492000200S105>

Rubinstein, R. L. (1989). "The home environments of older people: a description of the psychosocial processes linking person to place. *Journal of Gerontology*", 44(2). <https://doi.org/10.1093/GERONJ/44.2.S45>

Slavina Spasova, Rita Baeten, S. C., Dalila Ghailani, R. P.-C., & Vanhercke, B. (2018). "Challenges in long-term care in Europe - A study of national policies 2018" (Issue August).

Spikins, P. (2018). "How Compassion Made Us Human: The origins of tenderness, trust and morality. *Pen and Sword*".

Torralla, F., Institut Borja de Bioètica, & Fundació MAPFRE Medicina. (2002). "Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas". <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=84177>

World Health Organization. (2015) "World Report on Ageing and Health". www.who.int