



REVISTA PRISMA SOCIAL N° 32

INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE POLÍTICAS DEL CUIDADO Y LA DEPENDENCIA EN EUROPA E IBEROAMÉRICA

1^{ER} TRIMESTRE, ENERO 2021 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 45-68

RECIBIDO: 29/10/2020 – ACEPTADO: 10/1/2021

PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE CUIDADOS DESDE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (MAICP)

PARTICIPATION IN CARE PROCESSES FROM
THE MODEL COMPREHENSIVE AND PERSON
CENTERED CARE (MAICP)

CLARISA RAMOS-FEIJÓO / CLARISA.RAMOS@UA.ES

DEP. TRAB. SOCIAL Y SERV. SOC. UNIV. DE ALICANTE

FRANCISCO FRANCÉS GARCÍA / FRANCISCO.FRANCES@UA.ES

DEP. SOCIOLOGÍA II UNIVERSIDAD DE ALICANTE



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

El presente artículo analiza los resultados de un proyecto para promover la participación comunitaria en el diseño de los procesos de cuidados desde el modelo de atención integral y centrado en la persona (MAICP), desarrollado en cuatro municipios de la comunidad XX. La metodología implementada se fundamenta en la investigación acción participativa, trabajando en un diseño de planificación participativa que permita recoger las inquietudes ciudadanas sobre cuidados, y al mismo tiempo sirva para aportar alternativas que den respuesta a los problemas identificados. A partir de la revisión teórica y la elección de tres ejes: cuidados, intergeneracionalidad y fortaleza comunitaria, se aborda la realización de un diagnóstico participativo de carácter cualitativo y exploratorio, utilizando técnicas de construcción grupal de información desde la aplicación de flujogramas, promoviendo el protagonismo de las personas para producir información válida a través de su participación en talleres. Los resultados permiten perfilar como problemas centrales la inadecuación de los servicios de cuidados, destacándose la importancia de la intergeneracionalidad y la necesidad de fortalecer el capital social comunitario.

PALABRAS CLAVE

Cuidados; intergeneracionalidad; comunidad; participación; atención integral y centrada en la persona.

ABSTRACT

This article analyzes the results of a project to promote community participation in the design of care processes from the model of comprehensive and person-centered care (MAICP), developed in four municipalities of the XX community. The implemented methodology is based on participatory action research, working on a participatory planning design that allows collecting citizen concerns about care, and at the same time serves to provide alternatives that respond to the problems identified. Starting from the theoretical review and the choice of three axes: care, intergenerationality and community strength, a qualitative and exploratory participatory diagnosis is approached, using techniques of group construction of information from the application of flowcharts, promoting protagonism of people to produce valid information through their participation in workshops. Results make possible to outline as central problems the inadequacy of care services, highlighting the importance of intergenerationality and the need to strengthen community social capital.

KEYWORDS

Care; intergenerationality; community; participation; comprehensive and person-centered care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del proyecto de investigación Participamos Contigo se incluye dentro de una acción conjunta entre la Fundación Pilares para la autonomía personal y la Universidad de Alicante, que mantienen un convenio de Colaboración desde el año 2017. Dentro de este convenio se desarrolla también el proyecto Cuidamos Contigo de atención domiciliaria con apoyo del entorno a partir del cual se está construyendo evidencia científica en el ámbito de los cuidados de larga duración. Como resultado del desarrollo de este proyecto, se hace evidente la necesidad de contar con una mayor participación de la población en la definición de las políticas de cuidados. En tal sentido los resultados que se van obteniendo del proyecto Cuidamos Contigo en el que se trabaja desde un enfoque comunitario, permiten observar la necesidad de aportar resultados en la línea del diseño de políticas sociales *bottom up* para los cuidados de larga duración. La necesidad de aplicar diseños de enfoque comunitario implica necesariamente la puesta en marcha de procesos participativos que vayan más allá de las mesas intersectoriales que se venían desarrollando. Es por ello que, dentro de la misma línea de investigación-acción-participación (IAP), se trabaja en la propuesta de cuatro procesos participativos, dos en ayuntamientos en los que se venía desarrollando el proyecto Cuidamos Contigo y dos en nuevos ayuntamientos, uno de la misma región dentro de la provincia de Alicante y otro ubicado en lo que ha dado en denominarse la «España vaciada» en la provincia de Castellón, en este caso por considerar la necesidad de analizar la realidad de la población de pueblos donde el envejecimiento es la característica demográfica y la necesidad de dar respuesta desde un desarrollo local es la demanda evidenciada.

1.2. ANTECEDENTES

La Fundación Pilares para la autonomía personal, es una organización sin ánimo de lucro que, entre sus diversas líneas de acción, desarrolla un programa de Investigación-Acción-Participativa en el que se trabaja en la producción de evidencias científicas sobre cuidados domiciliarios basado en el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP), denominado Cuidamos Contigo. Este programa se desarrolla en el barrio de Chamberí, en Madrid y en la Comarca de la Vega Baja del Segura en la provincia de Alicante, que además de los objetivos de atención a las personas adultas mayores, busca generar conocimiento sobre la eficacia y eficiencia del MAICP y su metodología innovadora: intervención comunitaria, gestión de casos, atención integrada, atención centrada en la persona, generación de nuevos servicios de proximidad, orientación hacia la tecnología, los productos de apoyo y la accesibilidad en la vivienda, y el apoyo y formación a profesionales y cuidadores/as del entorno familiar (Rodríguez, P *et al.*. 2017).

La atención integral y centrada en la persona es reconocida, con consenso internacional, como el modelo más adecuado para dar respuesta a los cuidados de larga duración, a la vez que reconocer la dignidad de las personas adultas mayores. La puesta en marcha de proyectos basados en la AICP requiere de un mecanismo de innovación que ha dado en llamarse «coproducción». La coproducción se plantea como una herramienta transversal que actúa de manera micro y macro. Micro en la definición de los planes de vida y macro en la definición de políticas

sociales. Como señala Arenas Martínez (2012) al referirse a la necesidad de participación de las personas que utilizan los servicios sociales:

Se entiende que contemplar su concurso y decisión en los asuntos en los que están concernidas, no sólo responde a objetivos de corrección política o de legitimidad institucional sino también a la necesidad estratégica de orientar, adaptar e innovar a las políticas sociales y programas institucionales de diversa índole (p.345).

Es decir, que la coproducción en los cuidados de larga duración requiere de la participación, la visibilización y la voz de la población adulta mayor, así como de la población en situación de dependencia y de sus familiares y cuidadores. Pero además necesita de la participación de toda la comunidad en lo que se comprende como «dinámicas de participación intergeneracional» y «creación de espacios intersectoriales de participación comunitaria» en los que la ciudadanía debata sobre los problemas que le afectan de manera directa. Teniendo en cuenta que la OCDE ha definido los cuidados de larga duración como objeto de políticas transversales, el proyecto C P demandaba un proyecto complementario de fomento de la participación que se ha denominado «Participamos Contigo: Participación ciudadana en la definición de la agenda pública comunitaria»¹. La relevancia de la incorporación del enfoque comunitario y participativo han sido puestas de manifiesto recientemente por diversos autores (Mansell y Beadle-Brown, 2011; Cofiño, Barbero 2017; López Villar y Suárez, 2017; Vega-Solís y Martínez Buján 2017; Casetti, Paredes-Carbonell, López-Ruiz, García y Salamanca 2018) que ponen de manifiesto la importancia que la perspectiva de la construcción comunitaria de redes de apoyo, aportan al cambio del modelo de cuidados y así se ha planteado desde la formulación del proyecto.

1.3. CONTEXTUALIZACIÓN

Si se analiza el contexto social, político y económico de la Comunidad Valenciana, fundamentalmente en la región de la Vega Baja del Segura, puede destacarse que la necesidad de recurrir a soluciones que involucren la participación de la comunidad se han puesto recientemente en evidencia tanto por circunstancias como el fenómeno de la DANA, vivida por la región en septiembre de 2019, como por la posterior pandemia COVID-19. Si a ello se une el proceso de despoblación de muchos municipios en los que los censos arrojan saldos de población negativos y otros municipios que se encuentran envejecidos por la emigración de la ciudadanía joven que se ha ido en busca de trabajo, se presenta un desafío al cual es necesario dar respuesta. Los tres fenómenos, cada uno con sus características, han dado lugar a replantear el modelo de cuidados porque impactan en la forma en que el mismo responde a las necesidades de las personas y por ello demandan, desde una perspectiva innovadora, contar con la opinión e intervención de las comunidades. En este sentido organizar la participación implica que la ciudadanía sea protagonista en la definición de las políticas públicas. Desde la experiencia, puede constatar que tanto la DANA, como la COVID19, e incluso los procesos de despoblación, pusieron de manifiesto la necesidad de activar procesos participativos organizados. La promo-

¹ Se ha contado con financiación de la Dirección General de Participación de la Generalitat Valenciana a través de la convocatoria de la Consellería de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática, por la que se convocan, para el año 2020, subvenciones destinadas a las entidades ciudadanas de la Comunitat XX, para el fortalecimiento de la participación ciudadana en el ámbito del asociacionismo. RESOLUCIÓN de 25 de febrero de 2020.

ción de la participación no es un proceso espontáneo, sino que requiere de un acompañamiento y de la construcción de evidencias científicas que permitan hacer de las buenas prácticas herramientas para el diseño de políticas sociales. La situación de crisis sistémica en la que se encuentran los sistemas de protección social, requiere el desarrollo de la resiliencia comunitaria a través del conocimiento de herramientas que potencien la conciencia ciudadana y el interés por las cuestiones públicas que afectan a toda la población en su conjunto.

En este contexto, los cuidados de larga duración constituyen uno de los desafíos más importantes en materia de protección sociosanitaria para las sociedades modernas. El incremento de la esperanza de vida es considerado como uno de los grandes logros de la ciencia a la vez que uno de los principales retos sociodemográficos. En la medida en que las pirámides poblacionales se convierten en torres por la falta de nacimientos, se plantea una doble cuestión. Por un lado, se materializa la necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema de cuidados y por otro evitar una ruptura en las redes de solidaridad intergeneracional. Todo ello enmarcado además por la necesidad de plantear un nuevo contrato de género (Hirdam, Y. 1994) que dé respuesta a las necesidades de conciliación de la vida laboral, personal y familiar.

Pero, al mismo tiempo, los cuidados de larga duración en la actualidad se confrontan con la necesidad de garantizar para las personas una calidad de vida que responda a sus deseos, es decir, a su participación en la definición y desarrollo de este proceso. Así como Beveridge (1947) planteó en la primera mitad del siglo XX que las personas necesitaban ser reconocidas en un rol útil como denuncia a las consecuencias del desempleo y la pobreza de la época, hoy, en la primera mitad del siglo XXI, la importancia asumida por la participación y el respeto a los deseos de las personas hace que se pase de la concepción de «objetos» de los sistemas de protección social a «sujetos» y protagonistas de los diseños de las políticas sociales. Tal y como recoge la literatura especializada, el pacto del Estado de Bienestar posterior a la segunda guerra se firmó entre capital y trabajo (Lewis 2011), pero quedó pendiente el pacto de género tal y como se reconoce dentro de la teoría feminista (Lewis, 1992, Orloff, 1993). Este retraso en el reconocimiento de la economía de los cuidados, claramente vinculada al trabajo reproductivo, sigue dejando pendiente el debate sobre las políticas sociales vinculadas a este sector.

La pandemia de la Covid 19 ha obrado como un efecto catalizador de toda esta situación, cuya argumentación venía planteándose desde mucho tiempo atrás. El cuidado, por tanto, debe dejar de ser una cuestión asignada culturalmente a la mujer para pasar a ser responsabilidad de la comunidad.

Cottam (2018) representa una de las voces críticas al actual Estado de Bienestar, porque evidencia una falta de adecuación a las necesidades de las personas. En su trabajo, Cottam sostiene la necesidad de un cambio de mirada que gire hacia cuestiones vinculadas a la calidad de vida, centrada en el desarrollo de la vida buena, el enfoque de las capacidades, el énfasis en las relaciones personales, la flexibilidad de los recursos que pueden encontrarse en la comunidad y, en fin, el trabajar desde lo que ha venido a denominarse la teoría de la fortaleza, antes que el enfoque en los déficits.

Este cambio de mirada en lo que constituye la esencia de los modelos de protección en este ámbito, nos lleva a identificar que la consideración minusvalorada de la labor de cuidados va de la mano del escaso reconocimiento que se confiere, en igual modo, a las personas que son

merecedoras de los mismos. Rodríguez Cabrero afirma en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) que:

debe ponerse en primer plano no sólo el coste o carga, sino el beneficio o aportación de las personas mayores a la sociedad y al sistema económico, la economía que no está en el PIB, la economía relacional con sus elementos de actividad social e individual. (...) La participación de las personas mayores en la sociedad en un sentido amplio o la función no remunerada de cuidados de la mujer mayor, no ha entrado en la percepción y valoración de la economía convencional. (p.160)

Es decir, que cuando se habla de cuidados de larga duración debe tenerse en cuenta que, además de una dimensión política, hay una dimensión ética de reconocimiento de la dignidad de las personas que demandan estos cuidados que deben ser entendidos desde la perspectiva de los derechos. Por tanto, es también necesaria su participación en el diseño de los dispositivos y recursos que se ven involucrados en este proceso.

Chinchilla (2020) reivindica la idea de la ciudad de los cuidados identificando cómo el urbanismo moderno ha encontrado sitio para proteger todas las actividades vinculadas con el trabajo productivo, pero en cambio se oculta aquello que reivindica los espacios del trabajo reproductivo y por tanto lo que tiene que ver con los cuidados de larga duración. Por su parte Durán (2018) conceptualiza la figura del «cuidatoriado» como una nueva clase social a la que se le asigna una labor silenciosa y silenciada y que, al igual que el campesinado en su día, se caracteriza por una gran dispersión que le impide tener lugares de encuentro y de reconocimiento. En el análisis aportado por Gómez Redondo, Fernández Carro y Cámara Izquierdo. (2018), sobre las estadísticas EDAD-08 del INE, se afirma que las personas que cuidan a la población mayor con discapacidad, son en su inmensa mayoría mujeres, al menos hasta la edad 70. La brecha de género es especialmente visible en las personas cuidadoras de edad madura; entre los 40 y los 64 años, alrededor de un 15% de los cuidadores informales son varones, mientras que el 85% son mujeres. Pero si se observa el grupo de edad de 70-74 la brecha empieza a igualarse. Incluso, el porcentaje de varones cuidadores tiende a superar el de las mujeres a partir de los 80 años. Por su parte los datos aportados por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) perfilan la brecha de género de manera más generalizada si tenemos en cuenta que el 89% de las personas que cuidan en España son mujeres, la mayoría cónyuges e hijas, con edades comprendidas entre los 45 y los 65 años. En todo caso la incorporación de los hombres a los cuidados se produce fundamentalmente cuando no existen integrantes mujeres en la familia en el caso de referirnos a cuidados de larga duración. Este tipo de cuidados son por definición los que se dan con mayor prevalencia en personas de edad avanzada, que o bien tienen enfermedades crónicas o situaciones de dependencia.

A efectos conceptuales, para la elaboración de este artículo partimos de las definiciones sobre cuidados de larga duración elaboradas por la Organización Mundial de la Salud que considera a los mismos como:

Los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias

individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (OMS citado en MSPSI 2018, p.1)

Las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS. 2015a; p. 148)

En una revisión de la normativa y de la bibliografía especializada, se encuentran numerosas recomendaciones y acuerdos que coinciden en la necesidad de dar protagonismo a las personas mayores en la definición de los cuidados de larga duración. A continuación, se recogen a modo de síntesis algunas de estas recomendaciones:

Tabla 1. Recomendaciones de organismos internacionales sobre CLD

ENTIDAD	FUENTE	PRINCIPALES APORTES	FECHA
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE	<i>Informe Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care</i>	Adaptar servicios a lo que quieren las personas. Desarrollo de servicios de proximidad flexibles. Favorecer la permanencia en el domicilio Libertad de elección de las personas usuarias Invertir en prevención de la dependencia Apoyar a las personas cuidadoras (cuidado formal e informal) Solventar el déficit en atención directa formando y contratando inmigrantes, evitando rotaciones, mejorando las retribuciones.	2011
Organización Mundial de la Salud OMS	<i>Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud</i>	Propone cambios profundos para afrontar y formular políticas para las personas que envejecen y de prestarles servicios. Promover la atención integrada y centrada en las personas. Reconoce los cuidados como un bien público.	2015
Organización Internacional del Trabajo OIT	<i>Informe coordinado por Scheil-Adlung</i>	Destaca la necesidad de aumentar la conciencia política sobre los cuidados de larga duración. Se requiere la voz y la participación de las personas mayores en la toma de decisiones, y el desarrollo de evidencia estadística para permitir que la formulación de las políticas sea argumentada.	2015

Fuente: Elaboración propia sobre contenidos de La Atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el MAICP (2017)

Las recomendaciones incluidas en la tabla precedente argumentan la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados, que en el contexto español se encuentra mayoritariamente centrado en los recursos y carteras de servicios. Desde el Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona se viene generando un debate importante sobre la participación real de las personas adultas mayores en el diseño de los sistemas de cuidados. Si tenemos en cuenta que la AICP siguiendo a Rodríguez (2013) es aquella que «promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva».

Este modelo ha sido reivindicado por la Asamblea de la ONU al promulgar la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad en 2006 y dentro del cual se encuentran las personas adultas mayores cuando presentan una situación de dependencia. La Convención, que forma parte del acervo legislativo español, introduce principios relativos a la libertad de tomar las propias decisiones, así como la participación y la inclusión plenas y efectivas en la sociedad. Estos principios animan a la necesidad de trabajar en la promoción de mecanismos participativos que permitan a los decisores políticos conocer realmente cuáles son los deseos y preferencias de la población que va a recibir esos cuidados de larga duración.

Tal y como refiere Rodríguez (2014) al conceptualizar el Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona, éste descansa en dos dimensiones que son la atención integral y la atención centrada en la persona. Ambas buscan la calidad en la atención y para ello requieren del protagonismo de las personas. En tal sentido destaca que, más aún que la falta de recursos, los problemas en el sector de los cuidados de larga duración se centran en la «falta de coordinación tanto vertical como horizontal que se produce entre niveles de un mismo sistema (ayuda a domicilio, residencias, centros de participación social...centros de salud, hospital) y también la coordinación entre sectores transversales» (p.92)

Desde este marco conceptual, se entiende que los cuidados de larga duración deben estar centrados en la persona, pero, tal y como se definen las políticas de cuidados, las personas no son consultadas en cuanto a las formas y metodologías de implementación. Los organismos internacionales y las sociedades científicas reclaman desde hace años la necesidad de optimizar los recursos de la atención sociosanitaria con aquellos que han dado en llamarse fortalezas comunitarias (OCDE, 2011, 2013; UE, 2008, 2012; Leichesenring K *et al.*, 2013, OMS, 2015 a y b, SEGG 2016)

Asumir la necesidad de que los cuidados de larga duración salgan de la esfera del trabajo reproductivo es algo que se ha planteado en numerosas ocasiones pero que no se está asumiendo concretamente en las políticas sociales. Se habla del cuidado domiciliario con apoyo del entorno, lo que está dando lugar a numerosas experiencias de buenas prácticas. Sin embargo, no se ha trabajado suficientemente la participación comunitaria en el diseño de políticas de cuidados. Martínez Buján (2011) destacaba la pérdida de la centralidad de la familia como agencia de prestación de asistencia y la mercantilización de la atención personal por la utilización del servicio doméstico (fundamentalmente de personas inmigrantes) como una de las nuevas características del sistema de cuidados en España. Se considera que esta situación enlaza con lo que ha dado en llamarse las «cadenas globales de cuidado» (Pérez Orozco y López Gil2011), este

concepto describe cómo en la medida que las mujeres se consolidan en el mercado laboral en países más ricos, se trasladan las tareas de cuidados a mujeres de países más pobres que por su parte para emigrar delegan el cuidado a otras mujeres en sus entornos. Resulta evidente que los cuidados siguen teniendo un sesgo de género y que, por tanto, al estar claramente asociados al trabajo reproductivo no obtienen dentro de la sociedad un reconocimiento ni de status ni económico que les permita ser tenidos en cuenta de manera relevante. Esta sería una hipótesis que haría necesaria la participación comunitaria en la definición de los modelos de cuidados ya que el denominado trasvase de cuidados («care drain») sigue dándose de manera directa entre mujeres, pero no hay una implicación comunitaria en la provisión de los mismos.

La participación lleva tiempo incorporada como un indicador de calidad en la elaboración de las políticas sociales, pese a lo cual, como señala Díaz Aldret (2017), los resultados de la misma son desiguales. Baste destacar que la participación ciudadana requiere por definición voluntad de incidencia (Parés 2009) y no siempre es entendida esta parte del proceso participativo, de modo que la aplicación de una estrategia comunitaria que solo concibe la parte estética de la participación puede conducir a efectos que necesariamente serán negativos. En la nueva gobernanza se encuentra instalado el debate entre las formas de participación que van desde la democracia representativa a la democracia directa. Sin embargo, en este dilema se encuentran también términos mediadores como las ideas vertidas por Kweit y Kweit (1984) en el sentido de buscar en la participación ciudadana estrategias y herramientas que ayuden a dar mayores niveles democráticos a la gobernanza, es decir que acerquen a los decisores políticos la opinión y propuestas de la ciudadanía. Es de señalar entonces que cuando se habla de participación resulta necesario establecer la diferencia entre el «hacer» y el «tomar parte» en las decisiones. Este último concepto requiere el desarrollo de una capacitación (*empowerment*) que permita a la población encarar procesos deliberativos en los que se reafirma la condición de ciudadanía. (Ramos Feijóo 2014).

1.4. OBJETIVOS

De acuerdo con lo expresado hasta ahora, el presente trabajo plantea como objetivo general aportar estrategias de participación comunitaria para el desarrollo de un nuevo modelo de cuidados de larga duración

Los objetivos específicos planteados para su implementación empírica se concretan de la siguiente forma:

- Explorar las estructuras cognitivas que desarrollan las comunidades locales en relación con la participación en los procesos de cuidados, en términos de problemas detectados y responsabilidades atribuidas para su transformación.
- Identificar variables explicativas a partir de las múltiples cadenas causa-efecto entre los diferentes problemas relacionados con la participación en procesos de cuidados.

2. DISEÑO Y MÉTODO

Definido el marco teórico que sostiene la línea de investigación, y analizados los resultados aportados por los tres años de experiencia del Proyecto Cuidamos Contigo en la comarca de la Vega Baja, se observa la necesidad de aproximarse a un diseño de planificación participativa susceptible de recoger las inquietudes de la ciudadanía en materia de cuidados, pero que a la vez perfile la definición coproductiva de estrategias de resolución de los problemas identificados.

Los elementos contenidos en el planteamiento teórico buscan en esta investigación su acercamiento empírico a través de un diseño de registro de información primaria que persigue esencialmente captar los posicionamientos y perspectivas de la población en relación con tres ejes de análisis fundamentales para la temática trabajada: los cuidados a las personas, la intergeneracionalidad, y el grado de fortaleza comunitaria percibida por los sujetos para poder hacer frente a estos retos.

Si se persigue colocar a las personas en el centro de los cuidados, la planificación y la implementación de acciones, así como el diseño de la investigación para contrastar los objetivos e hipótesis de partida en esta investigación debía permitir el máximo protagonismo posible de los sujetos que habitan las comunidades locales. Ello justifica la pertinencia de asumir como método la implementación de un diagnóstico participativo de carácter cualitativo y exploratorio, utilizando técnicas de construcción grupal de información dentro de las cuales las personas tuvieran un papel motriz y protagónico en la generación de información válida para el análisis a través de talleres o encuentros participativos de creatividad social.

El marco poblacional escogido para la implementación de los talleres de diagnóstico han sido cuatro municipios de la Comunidad Valenciana. Teniendo en cuenta la acción que se viene desarrollando a través del programa Cuidamos Contigo, se estableció una relación entre los resultados obtenidos en los tres años de aplicación de un proyecto de enfoque comunitario, en el cual se tenía un conocimiento del territorio que permitió establecer relaciones de alianza a la hora de poder plantear una estrategia de participación a las autoridades municipales. Es decir, que se contaba con la decisión política (Marchioni 2014) que facilitaba el acceso a la población. Las evidencias obtenidas en el desarrollo de este proyecto no solo han servido en el caso de los dos ayuntamientos en los que se aplica, sino que han sido elementos de argumentación al plantear la propuesta a los decisores políticos de los ayuntamientos en los que no se había iniciado aún la puesta en marcha del Cuidamos Contigo. Este hecho sirve para confirmar la utilidad de la investigación acción participativa desarrollada, como fuente de evidencia científica para la innovación en modelos de cuidado. La selección de los municipios ha asumido el tamaño poblacional como variable de segmentación, buscando la heterogeneidad de realidades comunitarias en relación con los tres ejes de análisis diseñados. De acuerdo a ello, finalmente fueron seleccionados para la investigación un municipio de menos de 100 habitantes (Villanueva de Viver, 61 habitantes a fecha 1 de enero de 2019), uno entre 100 y 1.000 habitantes (Daya Vieja, 690 habitantes), uno entre 1.000 y 10.000 habitantes (Formentera del Segura, 4.191 habitantes) y uno de más de 10.000 (Rojales, 16.963 habitantes).

En cada municipio, con la colaboración del ayuntamiento, se programó un taller abierto a la participación de cualquier persona del municipio. En total participaron unas 90 personas (17 en

Villanueva de Viver, 20 en Daya Vieja, 25 en Formentera del Segura y 26 personas en Rojasles). Es de destacar que la asistencia se encontró limitada por los condicionantes de la situación de pandemia que hacían necesario reducir la participación presencial por medidas de prevención.

Para la construcción y el registro de información en los talleres se utilizó la herramienta del flujograma situacional. Creemos conveniente detenernos unas líneas en el detalle de esta técnica, dado que en este texto se presentan gráficamente sus resultados, y no se trata de un recurso investigador cuyo uso se encuentre muy generalizado.

El flujograma situacional constituye una herramienta proveniente de la planificación estratégica situacional, que posteriormente ha sido asumida y acomodada para el planteamiento de diagnósticos participativos y procesos participativos de planificación social (Ganuzo *et al.*, 2010). La principal potencialidad de esta técnica radica en que permite, a lo largo del transcurso de una dinámica colectiva como la propuesta en los talleres de esta investigación, vincular los problemas definidos por una comunidad (en nuestro caso los habitantes de cada municipio) con los distintos actores vinculados, afectados o implicados en su posible afrontamiento, generándose en el curso de la deliberación colectiva atribuciones en relación con la capacidad de cada actor para la resolución de los problemas detectados.

Esta técnica por lo tanto posibilita tanto la identificación de problemas y demandas en la comunidad, como su organización según las distintas responsabilidades para su solución (Red CIMAS, 2015). Además, en un segundo paso de la aplicación de la técnica en el marco del encuentro con la comunidad, solicita de los participantes la diferenciación consensuada entre causas y efectos a partir los ítems analíticos enunciados, generando cadenas causales explicativas que vinculan los problemas dentro y entre los espacios de influencia de cada actor.

El resultado de la aplicación de un flujograma asume el formato de matrices como las representadas en las figuras 1 a 4 de este artículo. Dichas matrices permiten, a partir del proceso de interacción deliberativa que genera el taller, localizar los nudos críticos y los principales elementos causales que deben constituir la prioridad de acción en relación con los problemas que se hallan relacionados (Francés *et al.*, 2016). En los flujogramas de las figuras puede observarse que las filas de la matriz corresponden a niveles de valoración de los problemas por parte de las personas participantes en función de cuál sea el grado de control o influencia sobre ellos percibida por la comunidad. En este caso distinguirán entre aquellos problemas, demandas o necesidades para los cuales la ciudadanía se autodefine como agente capaz de resolver los problemas detectados, un segundo nivel en el cual los problemas identificados requerirían según la opinión de las personas participantes la colaboración activa de agentes externos a la población para poder ser acometidos, y por último un tercer nivel en el que se ubican los problemas que, a juicio de las personas participantes en el taller, se sitúan fuera del ámbito de su capacidad de acción o influencia. Por su parte, las columnas de la matriz del flujograma en el caso de nuestro análisis albergan los tres ejes temáticos de interés en la investigación: los cuidados a personas, los aspectos relacionados con la intergeneracionalidad en la población, y las cuestiones que los participantes juzgan vinculadas al fortalecimiento comunitario para afrontar estos asuntos.

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los cuatro talleres presenciales previstos en el diseño del trabajo de campo se celebraron entre los meses de julio y septiembre de 2020, con la colaboración para la convocatoria de los diferentes ayuntamientos. En estos talleres se construyeron colectivamente los flujogramas que constituyen el principal *input* para el análisis de la participación en los procesos de cuidados desde el MAICP con el objeto de alimentar procesos de intervención.

Para la celebración de los talleres se contó con la colaboración activa de los ayuntamientos de los municipios donde se llevaron a cabo, desarrollándose en todos los casos una convocatoria abierta a la ciudadanía. El objetivo no fue la identificación de una muestra poblacional, sino la concurrencia de una masa crítica de ciudadanía que tuviera en común cierto grado de implicación con la temática trabajada en los talleres. De ello resultó un perfil predominante de participantes relativamente equilibrado entre personas integrantes de colectivos locales, personas a título individual con vínculos cotidianos con la temática del cuidado, y personal técnico de asociaciones.

Los flujogramas realizados proponen para el análisis un espacio bidimensional, a través de los espacios diferenciados generados por la intersección de las categorías de los ejes: estratificación en la percepción de la capacidad de agencia de la población en relación con los problemas en el eje horizontal, y ámbitos relacionados con la participación en los cuidados en el eje vertical.

La dinámica de los talleres solicitaba de las personas participantes que: a) identificaran problemas en la localidad relacionados con los tres ámbitos propuestos (los cuidados, la intergeneracionalidad y la fortaleza comunitaria; b) consensuaran colectivamente la ubicación de los problemas en los espacios generados por los ejes del flujograma; y c) establecieran acuerdos sobre las relaciones causa-efecto más significativas entre los problemas.

Sobre los resultados de los flujogramas se ha llevado a cabo un análisis cualitativo de contenido, combinando una estrategia estructural y relacional. El análisis estructural ha estado guiado por el examen de las ubicaciones de los problemas identificados dentro del flujograma, en relación con los ejes temáticos y niveles de responsabilidad atribuida. Para el análisis relacional se han considerado como objeto de estudio las múltiples cadenas de relación causa-efecto formuladas entre los problemas. Ello ha permitido la consideración de los resultados de los flujogramas como modelos explicativos en los que quedan identificados problemas causales que ejercen una función de influencia sobre otros, problemas mediadores entre causas y efectos, y por último problemas etiquetados como efectos. Y estos modelos a su vez se insertan en un plano analítico en el que cruzan los ámbitos temáticos propios de los cuidados, con los distintos niveles de agencia sobre los que se atribuye la responsabilidad de acción. Las estructuras resultantes para el análisis facilitan así la ordenación estratégica que los sujetos participantes hacen de las prioridades de intervención en las planificaciones institucionales locales.

4. RESULTADOS

Las figuras 1 a 4 ilustran los resultados de la implementación de los flujogramas situacionales en los diferentes talleres realizados en el trabajo de campo.

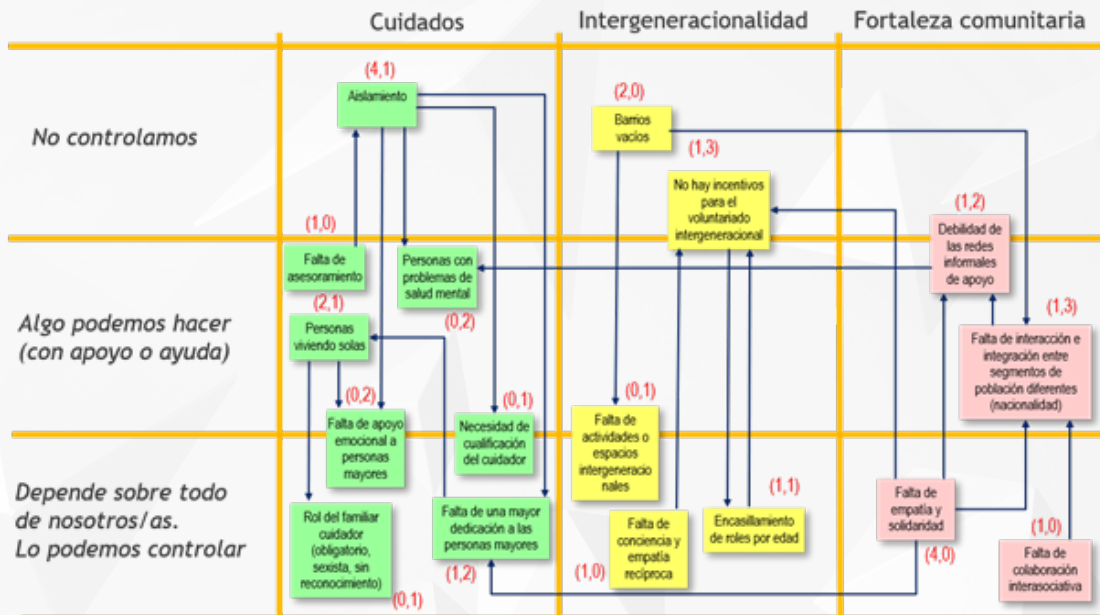
Corresponde para la exposición de resultados un primer análisis particular de los flujogramas en los cuatro municipios, para posteriormente identificar rasgos comunes y claves explicativas, que permitan alcanzar los objetivos de la investigación y revelar las principales prioridades que la ciudadanía participante establece para definir estrategias en las instituciones locales.

De acuerdo con estas lecturas individuales de los cuatro municipios que componen la investigación, en el caso del municipio de Rojas (figura 1) se identifican dos problemas relacionados entre sí como principales elementos causales: el aislamiento habitacional y social, y la escasa empatía y solidaridad de la ciudadanía. En Formentera del Segura (figura 2), la ausencia de espacios de encuentro, la falta de educación intergeneracional y las barreras idiomáticas, en este caso debidas a la significativa presencia de personas mayores extranjeras residiendo en la localidad, son los principales elementos citados como problemas causales. El modelo, en el caso de este municipio, presenta como principales efectos de lo anterior una situación de soledad no deseada en las personas mayores y un déficit de preparación y acompañamiento de las personas cuidadoras. En el caso de Daya Vieja (figura 3), los problemas causales se focalizan en la falta o inadecuación de recursos institucionales, lo que provoca un impacto muy significativo de nuevo sobre situación de los cuidados. Finalmente, en Villanueva de Viver, los resultados muestran también la falta de servicios y equipamientos para la población (falta de servicios escolares, inadecuación de equipamientos), lo que se liga a una estructura demográfica envejecida que es causa y consecuencia de los problemas relacionados con los cuidados.

El primer resultado que es posible destacar es que, como cabía esperar y es apreciable en las estructuras de los flujogramas, el tamaño de hábitat constituye una variable de segmentación asociada con las diferencias existentes en las estructuras y nexos relacionales que asumen los flujogramas en los distintos municipios analizados. Distintas escalas locales constituyen uno de los factores que provocan la emergencia de problemas de distinta naturaleza. Las diferencias entre los flujogramas parecen apuntar hacia el hecho de que el contexto vivencial determina en gran medida la forma en que se afronta la participación en los cuidados, y no subyacen las mismas lógicas en hábitats pequeños que en contextos poblacionales más amplios. En los dos municipios más pequeños (Daya Vieja y Villanueva de Viver), las estructuras muestran como principal problemática causal la falta de equipamientos y servicios, mientras que en los dos más grandes (Formentera del Segura y Rojas) los principales problemas identificados se ligan más a la falta de cultura intergeneracional

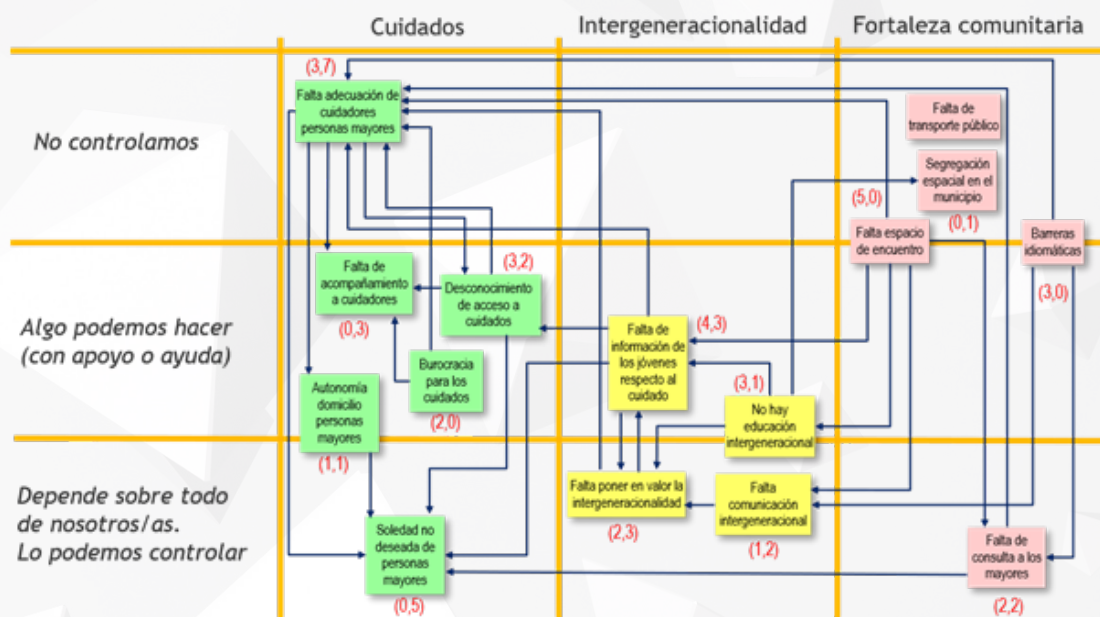
Expuesto este resultado diferencial, la discusión de resultados sin embargo desplaza a partir de ahora el foco de atención desde los elementos específicos presentes en cada municipio hacia los planteamientos comunes compartidos, cuyo análisis permitirá dar respuesta a los objetivos planteados

Figura 1. Flujograma en el municipio de Rojales



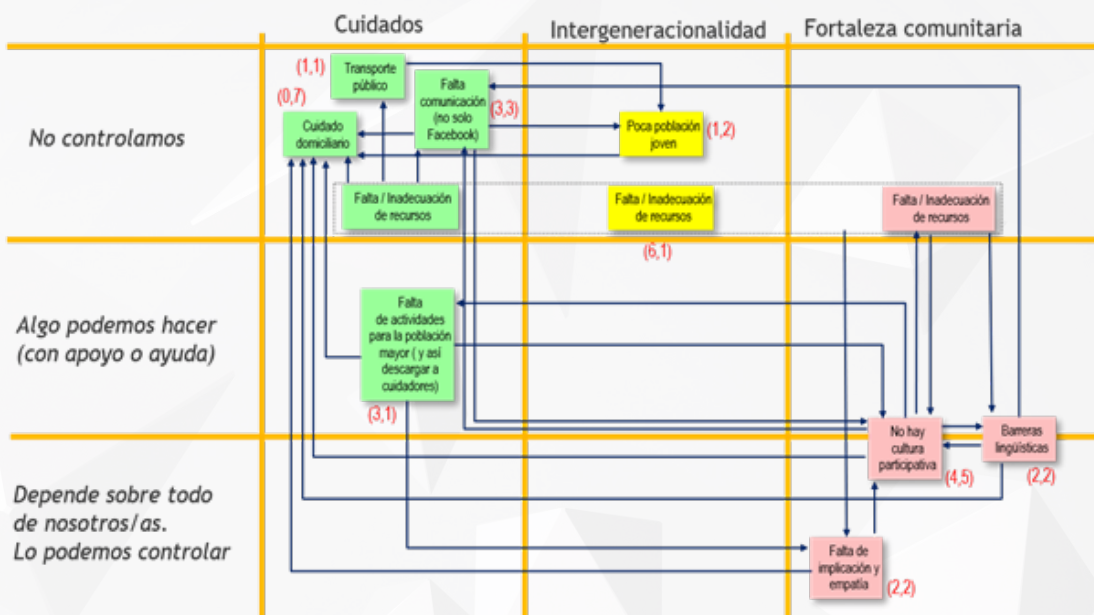
Fuente: elaboración propia

Figura 2. Flujograma en el municipio de Formentera del Segura



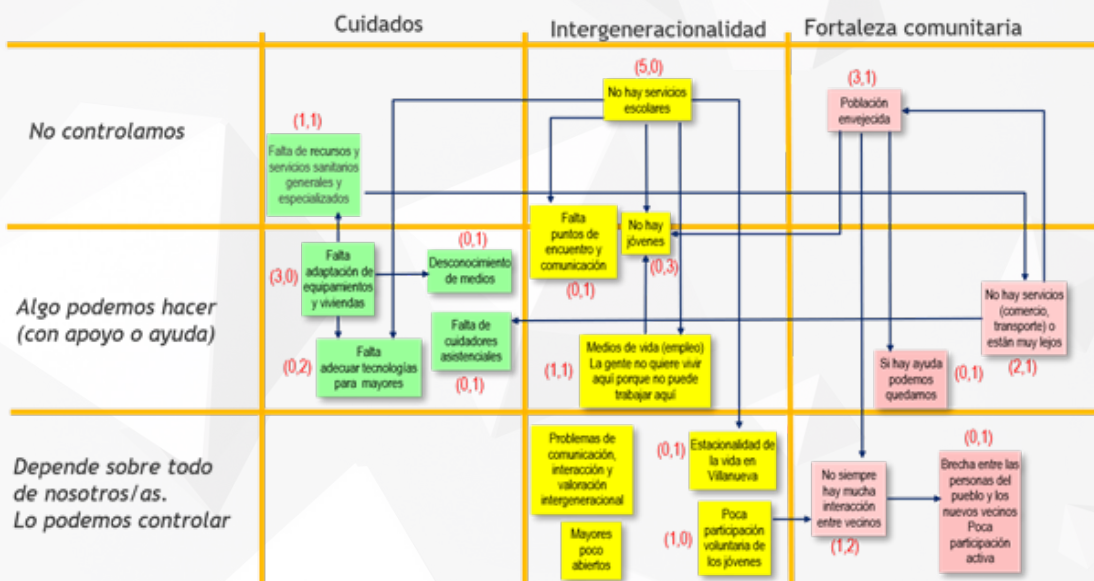
Fuente: elaboración propia

Figura 3. Flujograma en el municipio de Daya Vieja



Fuente: elaboración propia

Figura 4. Flujograma en el municipio de Villanueva de Viver



Fuente: elaboración propia

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es necesario reseñar una apreciación previa a la exposición de resultados. Esta investigación pone el foco en lo local y en las percepciones que los sujetos despliegan en ese nivel, pero obviamente algunos de los problemas manifestados poseen una condición estructural que desborda la capacidad de implementación de programas o políticas locales. Dado que la investigación posee una vocación estratégica de acción desde el ámbito municipal, los condicionantes estructurales que pueden acompañar a alguno de los problemas identificados quedan en este caso al margen del análisis, aunque no de la realidad de dichos problemas.

Habiendo realizado esta anotación, y tras la presentación de los resultados de los 4 flujogramas, se presenta a continuación la discusión de resultados en relación con los dos ejes referenciados a través de los objetivos específicos. Dicha discusión, además de suponer el aporte investigador, constituye en términos de planificación el input para una segunda fase del proceso participativo iniciado. En esta segunda fase se realizará la devolución a las instituciones y a la población, y se trabajará en el diseño de alternativas que den respuesta a los problemas identificados.

5.1. LA ESTRUCTURA COGNITIVA PERCIBIDA DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE CUIDADOS

Al hablar de participación en los cuidados, los problemas que las personas asocian a su desarrollo efectivo son atribuidos y ubicados mayoritariamente en los niveles definidos como ajenos al control de la ciudadanía. Existen pocos ítems identificados en el nivel inferior de los flujogramas, el de la autonomía de los vecinos y vecinas para actuar en el afrontamiento de los problemas, y la mayoría, como decimos, se ubican en los dos niveles superiores en los que los sujetos se autodefinen como con poca capacidad de influencia. En otras palabras, la ciudadanía se siente incapaz de mejorar la situación de los cuidados por sí sola sin el apoyo de otros agentes sociales, especialmente las instituciones. No parece existir una confianza en las capacidades comunitarias para ello. También es destacable a nuestro juicio el resultado si giramos la atención hacia la naturaleza de los problemas planteados por la población que ha participado. Aquí, en lo referente al eje de los cuidados destaca la reivindicación generalizada de la escasez o inadecuación de los servicios públicos, pero también es recurrente la alusión a déficits en la circulación de la información necesaria, con ítems que actúan como nudos críticos como por ejemplo el desconocimiento de los medios y condiciones para el acceso a los cuidados, la falta de comunicación efectiva por parte de las instituciones, o la falta de servicios de asesoramiento. Estos elementos están presentes de una u otra forma en todos los flujogramas realizados. Cabría plantear una lectura analítica en este punto estableciendo que las personas no solicitan únicamente de las instituciones públicas su responsabilidad en la prestación de servicios públicos relacionados con el cuidado, sino que de manera adicional demandan que las entidades públicas generen el flujo necesario de información para que la población conozca las posibilidades reales de apoyo institucional en los cuidados. O, dicho de otro modo, no basta con diseñar y ofrecer programas relacionados con los cuidados, sino que además hay que comunicarlo de una manera efectiva. La comunicación sin duda constituye un elemento esencial dentro de los procesos participativos. Uno de los aspectos que contribuyen a la modernización

de la Administración se centra en la accesibilidad a la información que facilita la vida de la ciudadanía. Montolío y Tascón (2020) ponen el ejemplo de la página web del gobierno británico donde se puede leer «No existe normalmente una alternativa a los servicios que presta el gobierno, por lo que tienen que funcionar para todos. Crear un servicio inclusivo significa asegurar que quien lo necesita puede usarlo de la forma más sencilla que existe»² (p.49) de alguna manera en todos los encuentros se hizo evidente la presencia del efecto Mateo³ a la hora de poder acceder a los servicios sociosanitarios.

Dentro de este ámbito de los cuidados destaca además en los resultados la recurrente presencia en la definición en los problemas existentes de la figura del cuidador/a. Las necesidades de apoyo en la mejora de la cualificación de los/las cuidadores/as, y el déficit de acompañamiento de éstas/os se halla presente en la mayoría de los flujogramas realizados. Finalmente, en lo relativo a los cuidados, cabe reseñar como problema formulado la frecuente situación de aislamiento de las personas mayores y los problemas de cuidados domiciliarios asociados a esta situación. La situación de las personas que requieren cuidados en su domicilio es una de las mayores demandas en la población, pese a que el grueso de los presupuestos en políticas sociales se dedica a la atención residencial. El gasto en cuidados de larga duración, en países del sur de Europa como España e Italia, no supera el 1% del PIB en tanto que los países de Europa del Norte superan el promedio de la OCDE destinando entre el 2% y 3% del PIB a cuidados de larga duración (Jiménez y Viola 2019)

En lo referente al eje de la intergeneracionalidad, dos son los principales resultados del análisis de los problemas formulados por las personas en su reflexión colectiva sobre la participación en los cuidados. En primer lugar, la debilidad de la propia noción de intergeneracionalidad como concepto activador de la participación comunitaria. Los resultados indican no solamente que existe escasa comunicación entre generaciones dentro del municipio, algo esperable por otro lado. Más allá de las fallas comunicativas entre cohortes de edad, encontramos además que la intergeneracionalidad no es considerada un valor reseñable en la vida comunitaria. Se cita en los flujogramas la falta de conciencia y empatía recíproca entre generaciones, pero sobre todo la escasa puesta en valor del concepto de intergeneracionalidad, reclamándose en algún caso incentivos para incitar las acciones de participación intergeneracional. En cualquier caso, las problemáticas ligadas a esta cuestión son ubicadas por las propias personas participantes dentro del nivel de control por parte de la comunidad. Es decir, no se trata en este caso de un aspecto que competa a otros agentes o instituciones impulsar y transformar, sino que es ubicada y juzgada como una responsabilidad de la propia ciudadanía. También relacionado con la intergeneracionalidad, se cita en la mayoría de los flujogramas la escasez o inexistencia de espacios de encuentro en algunos de los municipios que han tomado parte en la investigación. El diseño de equipamientos o espacios de encuentro intergeneracional constituye a los ojos de la ciudadanía un factor catalizador indirecto de la participación para los cuidados. Generar estos espacios posibilitaría un mayor contacto intergeneracional y facilitaría el desarrollo de una con-

² Cita del Government Digital Service, en <https://gds.blog.gov.uk/2012/02/07/writing-simply>

³ Se aplica el efecto Mateo (Merton 1968) al hecho de que el acceso a los servicios sociosanitarios resulta más fácil paradójicamente para quienes tienen más información, aunque no sean los que más los necesitan. Se relaciona con la parábola de los talentos del evangelio según San Mateo que dice que a quien tenga se le dará al que no tenga, hasta lo poco que tenga se le quitará.

sideración positiva de este concepto por parte de la población. De hecho, en los flujogramas en los que figura esta demanda, aparece ubicada en el nivel intermedio, el del reconocimiento de capacidad de acción por parte de la ciudadanía, pero con la ayuda de otros agentes. Se estaría reclamando de las instituciones la disposición de equipamientos adecuados para la convivencia intergeneracional, que la comunidad debería dinamizar para poner en valor esta idea.

Finalmente, dentro de este epígrafe de análisis de la estructura cognitiva, dentro del eje de la fortaleza comunitaria necesaria para desplegar la participación en los cuidados, tres son las problemáticas que podríamos poner en relación dentro el mismo campo semántico, ubicadas todas ellas dentro de los niveles de control, responsabilidad o capacidad de acción por parte de la comunidad. Son los problemas relativos a la falta de solidaridad, implicación y empatía ciudadana, la débil cultura participativa y, como resultado de todo ello, la escasa frecuencia en la interacción vecinal. Estos problemas toman un valor especial en un contexto sociodemográfico caracterizado por una marcada heterogeneidad en términos de grupos de edad, grupos étnicos y nacionalidades.

El reducido capital social comunitario reflejado en los flujogramas, unido al escaso valor de la intergeneracionalidad, y a la deficiente adecuación de la oferta institucional de apoyo a los cuidados, constituyen por lo tanto a la luz de los resultados factores limitantes de primer orden en el desarrollo de la participación en los cuidados.

5.2. EL ENTRAMADO RELACIONAL EN LOS PROBLEMAS LIGADOS A LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROCESOS DE CUIDADOS.

El análisis relacional de la información construida por las personas participantes en los flujogramas permite el abordaje de resultados desde otra perspectiva. Corresponde aquí desvelar órdenes explicativos entre problemas, de manera que sea posible determinar relaciones de influencia y dependencia entre ellos. El objetivo último es identificar resultados que, por su naturaleza exógena o causal, señalen prioridades en la intervención para mejorar la participación en los cuidados.

En este apartado del análisis, el primer resultado que trasciende es que problemas que protagonizan habitualmente los discursos en torno al cuidado, tales como la falta de ayuda a las personas mayores, la soledad, el cuidado domiciliario o la falta de apoyo a las personas cuidadoras, y las consecuencias que estas situaciones generan, son sin duda aspectos fundamentales ligados a la participación en los cuidados, pero no constituyen al menos en los contextos investigados problemas estratégicos. En realidad, los resultados muestran que se configuran como efectos negativos generados por otros problemas que ocupan un lugar más preeminente en los órdenes explicativos. Ello no quiere decir en absoluto que no sean problemas centrales. Pero desde la óptica de la planificación estratégica será más eficaz y prioritario intervenir sobre los problemas que actúan como causas de estas situaciones.

En términos de problemas causales, el análisis de los flujogramas determina sobre todo dos ámbitos que ejercen influencia sobre el resto. El primero hace referencia a aspectos relativos a la planificación institucional de los cuidados. Y aquí encontramos una llamada a cuestiones como la inadecuación de recursos o servicios, la falta de equipamientos y la excesiva burocracia que acompaña al acceso al cuidado. Aunque el resultado no es contraintuitivo, viene a certificar que, si el punto de partida es el de unas condiciones deficitarias para acceder a los cuidados,

la participación en los cuidados difícilmente va a poder articularse con la Administración como agente motriz. La solución alternativa a esta limitación en principio podría venir dada por el despliegue de estrategias de autoorganización u organización informal por parte de la ciudadanía como forma de participación en los cuidados, de manera ajena o paralela a la acción institucional. Pero este giro, según muestran los resultados de los flujogramas, no es posible. De hecho, el segundo ámbito de problemas causales identificados viene presidido precisamente por las características de una ciudadanía atomizada y con un escenario muy desfavorable para la organización colectiva. En efecto, aparecen como problemas causales en distintos flujogramas cuestiones ya mencionadas como el aislamiento habitacional y social, la escasa empatía y solidaridad de la ciudadanía, y la falta de educación intergeneracional. Así las cosas, la difícil articulación de la sociedad civil en torno a los cuidados, unida a una percepción disfuncional de la oferta institucional, plantea retos de primer orden para la intervención.

Y cabe también hablar, dentro de los resultados relacionales, de los nudos críticos emergidos de los flujogramas. Los nudos críticos constituyen ítems de análisis que condensan un número elevado de relaciones de influencia y dependencia en las que estos ítems median. Dicho de otra forma, son efectos de los problemas causales, pero al mismo tiempo causas de los problemas considerados como efectos finales. Y aquí es posible destacar dos tipos de problemas identificados. El primero podría ligarse a la acción institucional por cuanto hace referencia a los problemas de flujo de información entre la Administración y la ciudadanía en materia de participación en cuidados. Los problemas enunciados en este sentido por las personas, nos hablan de problemas de falta de comunicación institucional y déficits de información o desconocimiento por parte de la población. El segundo nudo crítico podría vincularse al capital social comunitario. Este nudo vendría derivado de la disposición como comentábamos de una ciudadanía atomizada y con bajas cotas de empatía, que se traduce en este caso en la falta de cultura participativa y la falta de implicación ciudadana para participar en los cuidados.

En definitiva, la síntesis resultante del análisis relacional quedaría expuesta como se reproduce en la figura 5.

Figura 5. Entramado relacional de los problemas vinculados con la participación en cuidados



Fuente: elaboración propia

6. CONCLUSIONES

De acuerdo a la información analizada a través de los flujogramas, en el ámbito de los aspectos no controlados por la comunidad encontramos un especial énfasis en la necesidad de adecuación de los servicios públicos relacionados con los cuidados y su suficiente difusión entre la población. El nivel en el que según las personas se requiere la colaboración entre la ciudadanía y otros agentes está protagonizado por la especial presencia de aspectos ligados a la conveniencia de la puesta en valor de la intergeneracionalidad. Y finalmente en el nivel de acción en el que la iniciativa es atribuible a la ciudadanía, se muestra como primordial especialmente la generación del capital social comunitario necesario para poder afrontar una labor efectiva de cuidados a través de la participación.

Los resultados ponen por delante una necesaria toma de conciencia en dos aspectos de especial relevancia. Por un lado, la necesidad de una adaptación por parte de los servicios públicos a las necesidades de las personas. Esto responde a lo que en la literatura especializada lleva tiempo definiéndose como el problema de la burocratización de los servicios de protección social. La centralidad sigue estando en el proceso administrativo, en la cartera de recursos antes que en la decisión de las personas (Guillen 1993, Idareta-Goldaracena, y Balletero Izquierdo, 2013, Montagud, 2016, Tousijn, y Dellavalle, 2015). Se trata de un fenómeno que ha mantenido distante a las personas de los decisores de las políticas sociosanitarias y por tanto esto ha tenido como consecuencia una divergencia entre la aplicación de las políticas de cuidados de las necesidades reales de las personas que los demandaban. Podríamos decir que el hecho de que hayan primado los criterios de la organización racional-burocrática, no ha mejorado necesariamente la eficacia y eficiencia del modelo de cuidados de larga duración, y en la medida en que ha crecido la demanda de prestaciones o se han dado situaciones como la de la pandemia del Covid 19, se ha ido poniendo de manifiesto que era necesario otro planteamiento a la hora de prestar estos servicios.

Por otro lado, el resultado de los procesos de Investigación Participación Acción que se han presentado, pone de manifiesto la necesidad de poner en marcha redes comunitarias de trabajo colaborativo. En este sentido se consideran como temas centrales el trabajar en el desarrollo de las capacidades de participación de la población. Se demanda asimismo una mejora en los procesos comunicativos por parte de las administraciones, toda vez que la población participante pone de manifiesto un evidente «efecto Mateo» en el acceso a las prestaciones. La administración requiere de procesos innovadores que involucren desde la información a la intervención. Para ello es menester poner en marcha procesos de formación de los recursos humanos para estar en sintonía con el Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona. En esta línea debería al mismo tiempo incidirse en la necesidad de formación del personal de los servicios de ayuda a domicilio, y por parte de la administración, tal y como planteaba Martínez Buján (2011), se impone la necesidad de una mayor regulación dentro del mercado de trabajo de los cuidados de la figura de la persona cuidadora.

Resulta de mucho interés para el diseño de políticas locales la identificación de una falta de cultura participativa, a la vez que de escasos espacios para la participación intergeneracional.

La importancia de generar una masa crítica en cuanto a la necesidad de poner en otro lugar dentro de la estructura de prioridades a los cuidados de larga duración, nos remite a las con-

clusiones del estudio Delphi realizado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2016) en el que una de las conclusiones fue que la atención centrada en la persona lograba un elevado grado de consenso en la línea de reforzar la máxima autonomía en la toma de decisiones de las personas en situación de dependencia. Asimismo, puesto que dentro de las conclusiones de ese estudio se destacó la importancia de evaluar con instrumentos adecuados la calidad de vida de las personas, se considera que los resultados de esta investigación nos permiten coincidir con esas conclusiones, dado que las personas participantes destacan la necesidad de ser escuchadas y de establecer un diálogo intergeneracional. Baste tener en cuenta que en particular en los pueblos donde se destaca la «falta de jóvenes» se llega a vislumbrar que el desarrollo de servicios de proximidad, así como de los propios cuidados de larga duración, constituyen una fuente de empleos sobre la que las administraciones deberían prestar particular atención.

La participación se refuerza tras esta investigación como un elemento necesario para la definición de políticas sociales que se basen en el *empowerment* como elemento deseable a la par que estratégico para construcción de la conciencia ciudadana frente a las causas y resolución de los problemas comunitarios.

Capítulo aparte dentro de las conclusiones merece el tema de la población mayor de otros países europeos, que representa en alguno de los ayuntamientos un porcentaje elevado de la ciudadanía. En este sentido se observa como la posibilidad de que sean involucrados en procesos deliberativos comunitarios podría ayudar a su integración dentro de los municipios en los que viven, favoreciendo la solidaridad intergeneracional que pudiera subsanar las barreras idiomáticas, que son la representación visible de otras menos evidentes pero que dificultan una real integración de la totalidad de la población.

7. REFERENCIAS

- Arenas Martínez, M (2012) "De usuarios a ciudadanos. Participación y coproducción en las políticas y servicios sociales", en: Madrigal Barrón, P. y Carrillo Pascual, E. (Coords.) *Nuevos tiempos, nuevos retos, nuevas sociologías*. ACMS, pp 347-354
- Barbero, F. J. (2017). Experiencia 1. Plan Madrid Ciudad de los Cuidados. *Documentación Social 187*: 161-175
- Beveridge, W (1947). *La ocupación plena, sus requisitos y consecuencias*. Fondo de cultura económica
- Casetti, V, et al. (2018) Informe SEPAS 2018, Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: Reflexiones y propuestas. En *Gaceta Sanitaria 2018*; 32 (S1)
- Cofiño R, et al. Cómo trabajar con las comunidades locales para mejorar la salud de la población: big data y small data. *J Epidemiol Community Health 2017*; 71: 657-659.
- Cottam, H (2018) *Radical Help. How we can remake the relationships between us and revolutionise the welfare state*. Virago.
- Gómez Redondo, R., et al. (2018) *Informe Envejecimiento en red N° 20, octubre, ¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta*. CSIC
- Díaz Aldret, A. (2017) Participación ciudadana en la gestión y en las políticas públicas. *Gestión y Política Pública, Vol. XXVI, N° 2*. Centro de Investigación y Docencia Económicas
- Durán, M.A. (2017) *La riqueza invisible del cuidado. Colección Honoris Causa*. Universidad de Valencia.
- Francés, F.; et al. (2016) *Toolkit on Social Participation*. World Health Organization
- Ganuzá, E; et al.. (2010) *La democracia en acción. Una visión desde las metodologías participativas*. Antígona
- Guillén Sadaba, E. (1993) La burocratización del Trabajo Social en Intervención Social. *Cuadernos de Trabajo Social, N° 6*. Universidad Complutense de Madrid.
- Hirdam, Y. (1994): State policy and gender Roles citado por Evely Mahon, en *Contrato de género y políticas de cohesión social*.
- Idareta-Goldaracena, F. y Ballester Izquierdo, A. 2013. "Ética, paternalismo y burocracia en Trabajo Social". *Portularia 13*:27-35. Universidad de Huelva.
- Kweit, M. y Kweit, R. (1981) *Implementing citizen Participation in a Bureaucratic Society: A contingency Approach*. Praeger
- Leichsenring, K (2009): La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa, en Arriba, A y Moreno, FJ: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, IMSERSO, 2009.
- Leichsenring (2015) Cuidados integrados de larga duración (coordinación sociosanitaria) para personas mayores que viven en su hogar. Consideraciones teóricas y prácticas innovadoras

en Europa (p77-97). En Rodríguez Rodríguez, P. (coord.) *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de Dependencia*. Fundación Caser y Fundación Pilares para la autonomía personal.

Lewis, J. (1992) Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy* 3. Sage

Lewis, J. (2011) Género, envejecimiento y el "Nuevo pacto social": la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados. Cap. 10 en Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (2011) *El Trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.

Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2011): "Desinstitucionalización y vida en la comunidad". En *Zerbitzuan* 49, Junio 2011: 137-146

Marchioni, M. et al. (2014) en Buades Fuster, J. y Gimenez Romero, C, *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de Intervención comunitaria en barrios*. <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/03/2-metodologia-de-intervencio3b3n-comunitaria.pdf>

Martinez Buján, R (2011) La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales Vol. 29, Núm. 1* (2011) 93-123. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2018) *Cuidados de larga duración* www.mscbs.gob.es/.../estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Cuidados_de_Larga_Duracion.pdf

Montagud Mayor, X. (2016) Las consecuencias de la burocratización en las organizaciones de servicios sociales. *Comunitania, revista internacional de Trabajo Social y Servicios Sociales*. UNED

Montolío, E. y Tascón, M. (2020) *El derecho a entender. La comunicación clara, la mejor defensa de la ciudadanía*. Catarata.3

OCDE (2011): *HelpWanted? Providing and Paying for Long-TermCare*.

OCDE (2013): *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*.

OMS (2015ª): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=F1067B916622F6EB82325C6A5507E6B4?sequence=1

OMS (2015b): *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report*. WHO/HIS/SDS/2015.7 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1

Orloff, A,(1993) Gender and the social rights on Citizenship: State policies and gender relations in comparative research" *American Sociological Review*

Parès, M. (2009) *Participación y calidad democrática: evaluando las nuevas formas de democracia participativa*, Ariel/Generalitat de Catalunya.

Pérez Orozco, A y López Gil, S (2011) *Desigualdades a flor de piel. Cadenas Globales de Cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas*. ONU mujeres.

Ramos Feijóo, C. (2014): "Intervención comunitaria desde el MAICP. Participación social de las personas adultas mayores y las personas con diversidad funcional" en Rodríguez P y Vilà A, coord. (2014): *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Ed. Tecnos.

Red CIMAS (2015). *Metodologías Participativas. SocioPraxis para la Creatividad Social*. Dextra.

Rodríguez Cabrero, G. (2011) Capítulo 4. Economía y Personas Mayores en *Libro Blanco del Envejecimiento*. IMSERSO.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. Madrid, Fundación Pilares. *Papeles de la Fundación, n° 1*. www.fundacionpilares.org.

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

SEEG (2016) *Los Cuidados de Larga duración: El modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AIP)* Informe Delphi elaborado por Rodríguez Cabrero, G.; et al. <https://www.fundacionpilares.org/docs/informe-delphi-2016.pdf>

Tousijn, W; Dellavalle, M. (2017) *Logica professionale e logica manageriale. Una ricerca sulle professioni sociali*. Il Molino

UE (2008): *Long-term care in the European Union. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*. DG, Bruselas. UE (2012): The 2012 Ageing Report. Economic and budgetar y projections for the 27 EU MemberStates (2010-2060).

Vega-Solís. C y Martínez Buján, R. (2017) Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados. *Revista QUADERNS-E*, 22 (2), 65-81 ISSN 1696-8298 © QUADERNS-E DE L'ICA