

Etxean Bizi: ¿es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? Reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio

Álvaro García Soler

Matia Instituto Gerontológico
alvaro.garcia@matiafundazioa.eus

Nerea Etxaniz

Matia Instituto Gerontológico

Maidier Azurmendi

Matia Fundazioa

Daniel Prieto

Universidad Complutense de Madrid

Erkuden Aldaz

Matia Instituto Gerontológico

Etxean Bizi (2017-2019) proiektuaren inplementazioari buruzko azterlan pilotuan lortutako prozesuak eta emaitzak azaltzen dira artikulu honetan; egungo zaintza-eredua birformulatzeko gakoak identifikatzea da helburua, zaintzak behar dituzten pertsonak etxean gera daitezzen, hala nahi badute. Esku-hartzeak bi oinarri izan ditu: batetik, kasuak kudeatzeko metodologia, eta, bestetik, pertsonengan oinarritutako ikuspegi teorikoa. Azterlan pilotua Gipuzkoako hiru udalerritan egin da, eta proiektuak zaintzak behar dituzten pertsonen eta haien zaintzaileen bizitzan zer-nolako eragina izan duen aztertzen du. Horretarako, bi arreta-eredu alderatu dira: batetik, gizarte-zerbitzuetako arreta-eredu tradizionala, zerbitzu-zorroetan oinarritzen dena; eta, bestetik, kasu-kudeaketa malgu batean oinarritzen den arreta-eredua, beharrezkoak diren laguntzak eremu publiko edo pribatua eta gizarte-, osasun- edo komunitate-sektorea kontuan izan gabe ematen dituenak.

Gako-hitzak:

Pertsona nagusiak, mendekotasuna, gizarte-zerbitzuak, kasu-kudeaketa, azterlan pilotua, koordinazio soziosanitarioa.

En este artículo se describen los procesos y resultados obtenidos en el estudio piloto sobre la implementación del proyecto Etxean Bizi (2017-2019) con el objetivo de identificar las claves que permitan reformular el modelo de provisión de cuidados actual, favoreciendo la permanencia en el domicilio de aquellas personas que necesiten cuidados y que así lo deseen. La intervención se basó en dos principios: la metodología de gestión de casos y un enfoque teórico centrado en las personas. El estudio piloto, desarrollado en tres municipios de Gipuzkoa, analiza el impacto en la vida de las personas que necesitan cuidados y de quienes cuidan, comparando la atención tradicional de los servicios sociales desde la cartera de servicios y una atención basada en una gestión de casos flexible que contempla los apoyos necesarios, independientemente del ámbito público o privado y del sector social, sanitario o comunitario.

Palabras clave:

Personas mayores, dependencia, servicios sociales, gestión de casos, estudio piloto, coordinación sociosanitaria.

1. Introducción

Actualmente, nos encontramos en lo que algunos autores denominan segunda transición demográfica (Lesthaeghe, 2014). Las previsiones apuntan a una sociedad española más envejecida en los próximos veinte o treinta años. Las principales causas en términos demográficos se centran en el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Por un lado, la incorporación de la mujer al trabajo, el llamado *child penalty* —el castigo económico tras el primer hijo, que supone para la mujer una pérdida de ingresos laborales estimada en un 11 % el primer año hasta un 28 % en total (De Quinto, Hospido y Sanz, 2021)— y los cambios de modelos familiares y valores son elementos relacionados con la baja natalidad y, por otro, los cambios en las condiciones de vida, los hábitos y los avances en los sistemas de salud han incrementado la esperanza de vida, propiciando esta transición demográfica hacia una sociedad envejecida en la que el rango de edad de personas mayores de sesenta y cinco años será predominante en los próximos años y llegará a constituir cerca del 34,4% de la población española alrededor de 2050 (INE, 2020b).

El envejecimiento, sin ser causa de enfermedad ni de dependencia, conlleva, en términos estadísticos, el incremento del riesgo de desarrollar fragilidad (García-García *et al.*, 2011; O’Caoimh *et al.*, 2018) y, consecuentemente, caídas, hospitalización y problemas de salud que pueden a su vez requerir cuidados de larga duración, minimizar la calidad de vida y dificultar la participación social plena (Fernández, Sentandreu-Mañó y Tomás, 2020).

Las cifras de la dependencia en España, de acuerdo con el estudio *EDAD-2020* (INE, 2020a), muestran que hay 4,38 millones de personas con algún tipo de discapacidad, de las cuales 2,628 tienen más de 65 años, el 5,54% de la población total y el 59,95% del total de las personas con discapacidad. De acuerdo con el estudio, 1 465 100 reciben cuidados de otra persona y 436 500 de estas reciben cuidados a domicilio independientemente de su situación de convivencia (INE, 2005). El mismo estudio muestra que hay 137 919 personas mayores de 50 años con discapacidad en el País Vasco, el 17,1% de la población de este grupo de edad. De estas, 73 273 están en situación de dependencia, el 9,1% (Abellán, Castejón y Esparza, 2011).

Se estima que, en caso de desarrollar dependencia, las personas mayoritariamente (cerca del 75 %) quieren envejecer en su casa (Del Barrio y Díaz-Veiga, 2020). La alternativa institucional de ingresar en una residencia es la segunda elección, posiblemente ante la falta de otras alternativas de vivienda. Este modelo institucional está en cuestión desde hace años, considerándose en crisis, especialmente tras la gestión sanitaria durante la pandemia de la COVID-19 (Díaz-Veiga y Sancho, 2013; 2022). Coincide en esta situación la preferencia de las personas con las virtudes de permanecer en el domicilio. 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: mantenimiento de la autonomía, la autoeficacia, la expresión y la autoestima, privacidad, identidad, mantenimiento de las relaciones, vinculación con el vecindario y pertenencia (Dahlin-Ivanoff *et al.*, 2007; Cooney, 2012; Rowles, 2000).

Por otro lado, las personas que envejecen en sus hogares pueden afrontar otras necesidades no cubiertas de índole psicológica y social que, de no ser cubiertas, pueden resultar en una experiencia subjetiva de soledad. La prevalencia de la soledad declarada en Gipuzkoa alcanza entre el 5,5 % y el 7,2 % de las personas de 55 años y más residentes en el territorio (Sancho, 2019; Del Barrio y Díaz-Veiga, 2020).

En este contexto de transición hacia una sociedad envejecida, desde hace años se propone la coordinación o integración de los cuidados como una necesidad sistémica para que las personas tengan cubiertas sus necesidades de cuidados de manera continua y completa. En el ámbito estatal, la publicación del *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria* recoge la aplicación de la coordinación en las diferentes comunidades y medidas para su promoción (Imsero, 2011).

En el País Vasco, se encuentran en desarrollo diferentes planes para la coordinación sociosanitaria, tales como el Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia 2018-2020 (Gobierno Vasco, 2019) o la nueva Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2021). Aunque los planes se encuentran en diferentes grados de desarrollo, se considera que la coordinación sociosanitaria no está lo suficientemente madura ni en términos verticales dentro de los servicios básicos y especializados de los servicios sociales y sanitarios, ni entre los diferentes sistemas, y en su mayoría no hay avances en relación con los servicios comunitarios, recayendo el peso de la coordinación en las trabajadoras sociales de los servicios sociales básicos provistos en los Ayuntamientos y en las enfermeras de los servicios de salud (García-Soler *et al.*, 2022). Sin embargo, existen iniciativas en algunos municipios (como, por ejemplo, San Sebastián, Pasaia y Usurbil) que se desarrollan bajo el marco ecosistémico (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021), atendiendo a la necesidad declarada de coordinación.

2. Justificación

Múltiples factores evidencian la importancia de que los poderes públicos desarrollen iniciativas en el ámbito de la innovación social que den respuestas adaptadas a las necesidades detectadas en los últimos años en el ámbito de la atención a las personas mayores que necesitan ayuda, principalmente:

- El deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en su casa y en su entorno, aun cuando padecen situaciones de dependencia, es rotundo desde hace muchos años.
- La realidad presente y futura de nuestra estructura demográfica confirma que la llamada "revolución de la longevidad" (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, 2019; Ministerio de Sanidad, Imsero y HelpAge International, 2019) es un hecho que está configurando una sociedad diferente.
- El incremento sólido y progresivo de las personas que viven solas, cada vez más mayores.
- El género como factor que incide en la configuración de todo el itinerario de la vejez y en la necesidad de ayuda, determinado, entre otras razones, por la mayor supervivencia de las mujeres: esto supone que ellas tienen mayor probabilidad de necesitar ayuda, vivir en soledad, disponer de menores ingresos y encontrarse mayores barreras y problemas de accesibilidad en sus domicilios y su entorno.
- La distribución inequitativa de los cuidados, que ofrecen mayoritariamente las mujeres.
- La necesidad de ayuda muy intensa a lo largo de periodos de tiempo cada vez más dilatados. A pesar de los avances que se detectan en relación con la llamada "compresión de la morbilidad", el incremento de las personas en situación de fragilidad y dependencia es inevitable en el escenario de longevidad descrito. Esta necesidad de apoyos se presenta con una complejidad creciente. En definitiva, el tiempo, la intensidad y la complejidad construyen un difícil escenario para intentar que las personas permanezcan donde desean: en su casa y en su entorno.
- La oferta y la cobertura de prestaciones y servicios de la red guipuzcoana, muy por encima de las del Estado español, pero todavía insuficientes y con necesidad de adaptarse a las nuevas demandas que generan la dependencia, las preferencias de las personas y la actual estructura sociodemográfica.

Con todo ello, y ateniéndonos a las consecuencias que ha tenido la pandemia de la COVID-19 tanto en el ámbito residencial como en el domiciliario, se contextualiza una oportunidad de trascender el modelo de cuidados actual y trabajar de manera conjunta hacia un modelo de cuidados que responda a las necesidades de las personas que necesitan cuidados y de las que los proveen. Esta cuestión es ya prioritaria y está en la agenda política, tal y como se señala en el "Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión" a través del componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que establece como uno de los objetivos prioritarios transformar "el modelo de apoyos y cuidados de larga duración para facilitar la transición hacia un modelo desinstitucionalizado, la atención centrada en la persona y el desarrollo de servicios comunitarios y de la atención domiciliaria" (Gobierno de España, 2021: 1).

Sin embargo, afrontar esta realidad social y transitar hacia un nuevo modelo de cuidados y apoyos para las personas en situación de fragilidad y dependencia que desean seguir viviendo en su entorno exige una toma de decisiones lo suficientemente fundamentada en el estudio, la reflexión, el análisis y las buenas prácticas. En este marco se desarrolla el proyecto Etxean Bizi (financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa). Inspirado en los resultados de la experiencia Etxean Ondo ("vivir en casa bien") (García-Soler *et al.*, 2015; Centro Común de Investigación *et al.*, 2015; Matia Instituto Gerontológico, 2012; Sancho, 2013; Rodríguez y Martínez, 2014), promovida por el Gobierno Vasco y el Matia Instituto Gerontológico, Etxean Bizi pretende avanzar en la revisión del modelo guipuzcoano de atención bajo un enfoque ecosistémico, territorializado y comunitario a través del desarrollo de una propuesta de atención integral en el domicilio que sea capaz de incorporar y coordinar los distintos papeles que cumplen los agentes implicados en esta atención: las familias, los servicios sociales, la atención primaria y especializada de salud, el sector del empleo del hogar y los cuidados, los asistentes personales, el voluntariado, los servicios de proximidad y las iniciativas de participación comunitaria (Matia Instituto Gerontológico, 2020).

3. Objetivos del artículo

En este artículo se describen los procesos y los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo a través de la implementación del proyecto Etxean Bizi (2017-2019) con el objetivo de identificar las claves que permitan reformular el modelo de provisión de cuidados actual, favoreciendo la permanencia en el domicilio de aquellas personas que necesiten cuidados y así lo deseen. La intervención se basó en dos cuestiones: la metodología de gestión de casos y un enfoque teórico centrado en las personas. El estudio piloto, desarrollado en tres municipios de Gipuzkoa, analiza el impacto en la vida de las personas que necesitan cuidados y de quienes cuidan, comparando la atención tradicional de los servicios sociales desde la cartera de servicios y una atención basada en una gestión de casos flexible que contempla los apoyos necesarios, independientemente del ámbito público o privado y del sector social, sanitario o comunitario.

4. Objetivos e hipótesis del estudio piloto

El proyecto se orientó hacia un impacto social amplio: el cambio en el modelo de cuidados de larga duración desde un modelo administrativo rígido hacia un modelo de cuidados integrados. Este planteamiento general se estructuró en los siguientes objetivos:

1. Avanzar en la concreción de un modelo sostenible de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas que viven en sus domicilios desde la coordinación de aquellos servicios y

apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de estas personas y su entorno familiar, garantizando:

- Responder a los deseos y preferencias personales de vivir en su domicilio en condiciones de dignidad el mayor tiempo posible.
 - Promocionar la autonomía y la calidad de vida en situaciones de dependencia en el marco del desarrollo de un modelo de atención integral y centrada en las personas (Rodríguez, 2013) en el que se garanticen la flexibilidad y una adaptación ágil de las respuestas a las necesidades.
 - Integrar acciones y recursos para que estas personas permanezcan incorporadas a la vida social y comunitaria como fuente de realización y bienestar para ellas y su entorno cercano.
2. Avanzar en la identificación de metodologías innovadoras en la intervención, con especial atención a la identificación de competencias y habilidades de la figura profesional gestora del caso.
 3. Avanzar en la generación de conocimiento y la obtención de evidencias científicas que avalen un cambio en el modelo de atención en los entornos cercanos a través de una metodología participativa y flexible de investigación que se adapte a las características de los sistemas complejos, tales como el sistema de cuidados de larga duración.

El objetivo principal del estudio del impacto de la intervención en el proyecto piloto se definió como la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia y su mantenimiento en el hogar, retrasando o evitando el ingreso residencial, a un coste igual o menor que el coste de una plaza residencial.

Se estableció como hipótesis central que una intervención que potencie el cambio de rol de las profesionales de los servicios sociales desde el rol administrativo al de gestora de casos, facilitando así una gestión de servicios holística que aborde las necesidades y preferencias de las personas en situación de dependencia en el ámbito domiciliario, podría mejorar las condiciones de vida de la persona, mejorando las variables relacionadas con la salud y el bienestar.

5. Metodología de intervención y evaluación

Desde el ámbito académico y profesional, se está señalando que la investigación sobre intervenciones complejas en un entorno natural en el que existen múltiples variables interrelacionadas, relaciones jerárquicas entre agentes y de dependencia entre agentes y beneficiarios, y barreras administrativas y de temporalización (tal y como puede ser el contexto administrativo de los cuidados) requiere de un diseño

flexible que permita la adaptación a las características específicas de cada organización y a sus tiempos, adoptándose un enfoque pragmático más allá del estudio tradicional experimental (Cassetti y Paredes-Carbonell, 2020; Weiss, 1995).

Dentro del proyecto, se planteó un estudio piloto en tres municipios con una metodología de intervención con base en el acompañamiento para el cambio de rol de las trabajadoras sociales a la gestión de casos. La investigación planteó la evaluación desde un enfoque cuantitativo, con objetivos específicos de investigación en relación con el impacto de las diferentes acciones de la intervención en las personas participantes, y desde un enfoque cualitativo por medio de un acercamiento a las dimensiones y categorías que los propios participantes destacaron de su experiencia en el proyecto. Este último se elaboró como abordaje complementario supeditado al trabajo cuantitativo, lo cual implicó que se realizase a partir de un diseño limitado únicamente a la realización de tres grupos de discusión con un carácter exploratorio. Frente a la representatividad fáctica (*qué se hace*) que registra la mirada cuantitativa, el abordaje cualitativo ofrece la posibilidad de acceder a las dimensiones motivacionales (*cómo y por qué se hace lo que se hace*), por lo que se consideró pertinente esta aportación de cara a la adquisición de una comprensión más profunda de los significados que las personas participantes y las beneficiarias otorgaron al proceso vivido.

En última instancia, se realizó una estimación económica para establecer un análisis comparativo entre los costes promedio en los que incurrieron el grupo control y el grupo experimental en términos de servicios recibidos, costes sanitarios y uso de servicios residenciales y recursos sociales para la gestión del caso (Costa-Font y Villaplana, 2022).

5.1. Diseño del estudio cuantitativo

El diseño del estudio fue experimental, con asignación aleatoria y medidas repetidas. Se designó como variable independiente la dotación de servicios desde los servicios sociales con dos condiciones: 1) trato tradicional y 2) gestión de casos, "Etxean Bizi". Las personas participantes, beneficiarias finales del proyecto, fueron asignadas aleatoriamente a una u otra condición (cumplidos los criterios de inclusión y exclusión), formando un grupo de personas que recibieron la intervención Etxean Bizi (grupo experimental, GE) y un grupo de personas que continuaron recibiendo la atención tradicional (grupo control, GC). Estos grupos recibieron una valoración a través de un protocolo de evaluación que agrupaba diferentes instrumentos en diferentes momentos temporales: en un estado inicial, durante la intervención en tres ocasiones y al final de la intervención. El protocolo de valoración, descrito más adelante, se administró de forma completa en la fase preintervención y posintervención; las valoraciones intermedias se realizaron por vía telefónica, administrando una versión reducida del protocolo.

De acuerdo con la hipótesis general, partiendo los grupos de una misma base, tras comenzar a recibir la intervención, el grupo experimental mejoraría en los indicadores previstos comparativamente entre ambos grupos e intragrupo con el paso del tiempo en comparación con los resultados iniciales.

5.2. Participantes

En relación con la variable independiente, participaron en el grupo experimental tres trabajadoras sociales en total, una por cada uno de los departamentos de servicios sociales de los Ayuntamientos participantes en el proyecto: Elgoibar, Errenteria y Pasaia, en Gipuzkoa. Estas trabajadoras sociales recibieron acompañamiento para el cambio de rol a gestora de caso. Cada una de estas trabajadoras gestionó los casos asignados al grupo experimental.

Con respecto a la variable dependiente, los efectos de la intervención, participaron 182 personas mayores de 65 años con grado 2 de dependencia según el baremo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, con asignación aleatoria al GC (n = 93) y al GE (n = 89). Adicionalmente, se recogió información de 173 personas cuidadoras (informales), que participaron en el proyecto en calidad de cuidadoras principales de las personas con dependencia.

Cada municipio contribuyó a la muestra total de la siguiente manera: Elgoibar, con n = 27 (GC) y n = 25 (GE), con una contribución total de 52 personas (29%); Errenteria, con n = 32 (GC) y n = 29 (GE), con 61 personas en total (33%), y Pasaia, con n = 34 (GC) y n = 35 (GE), con 69 personas en total (38%). Los datos de la muestra al completo se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los participantes en el estudio piloto

Características	Grupo control (n = 93)		Grupo experimental (n = 88)		p
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	
Edad	84,18	7,54	83,55	8,36	0,590
Mujeres	N	%	N	%	0,201
	66	70,97	57	64,04	
Nivel educativo	N	%	N	%	0,001*
Sin estudios	30	32,26	50	56,18	
Estudios primarios	50	53,76	24	27	
Estudios secundarios	13	13,98	13	14,61	
Vive solo	11	11,80	7	8,00	0,387
Tiene cuidador familiar conviviente	75	80,65	77	87,64	0,266
Salud percibida	N	%	N	%	p
Mala o muy mala	21	22,58	24	26,97	0,240
Regular	29	31,18	33	37,08	
Buena o muy buena	39	41,94	26	29,21	
Puntuación SPPB	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	0,408
	2,200	2,167	2,480	2,441	
	N	%	N	%	p
<8	89	95,7	87	97,8	
Marcha	0,82	0,80	0,82	0,82	0,974
Equilibrio	1,05	1,13	1,10	1,16	0,787
Levantarse de la silla	0,32	0,92	0,56	1,24	0,138
Deterioro cognitivo (Puntuación MEC**)	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	0,662
	19,86	7,38	19,30	8,80	
Deterioro cognitivo (Frecuencia grado MEC**)	N	%	N	%	0,252
Ninguno o muy leve	11	0,13	17	0,21	
Leve	20	0,24	11	0,13	
Moderado	44	0,52	43	0,52	
Grave	9	0,11	11	0,13	
Condiciones	N	%	N	%	p
Hipertensión	50	53,76	42	47,19	0,434
Diabetes	32	34,41	32	35,96	0,583
Cáncer	26	27,96	27	30,34	0,590
Pulmonar	30	32,26	32	35,96	0,552
Corazón	41	44,09	36	40,45	0,528
Cerebral	27	29,03	31	34,83	0,478
Reumatismo	48	51,61	46	51,69	0,960

* Diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,001$

** MEC: Minixamen cognoscitivo de Lobo

Fuente: elaboración propia

Además de las profesionales de la gestión de casos, los servicios sociales y de salud, y los distintos servicios comunitarios de los municipios de Elgoibar, Pasaia y Errenteria, los diferentes departamentos de los Ayuntamientos estuvieron involucrados en el proyecto, apoyando la gestión del caso en el grupo experimental y manteniendo los servicios y actuaciones profesionales tradicionales en el grupo control.

5.3. Variables

Las variables de estudio se agruparon en las siguientes áreas:

1. Necesidades de las personas: se recogieron las necesidades de las personas en las áreas psicológica (cognitiva, emocional y conductual), ambiental, sanitaria y de cuidados y adaptación de la persona.
2. Necesidades de las personas cuidadoras principales: variables emocionales (sobrecarga, soledad), físicas (cansancio, dolor), económicas (dedicación de tiempo, pérdida de circunstancias laborales) y de salud.
3. Accesibilidad y recursos del entorno cercano: servicios que utiliza la persona según las prestaciones y servicios de cartera establecidos por la normativa en el grupo control, siendo gestionados los mismos servicios más el apoyo comunitario y la activación ciudadana de forma flexible en el grupo experimental.
4. Satisfacción con el servicio: se recoge la satisfacción con el servicio expresada por la persona por medio de una valoración breve compuesta por varias preguntas sencillas que se

realizan durante una muestra longitudinal de los periodos de intervención.

5. Coste de los servicios: se recogieron las horas de cada servicio que recibía la persona (tanto los servicios sociales como los sanitarios) y las horas que dedicaban a cada caso las trabajadoras sociales.

5.4. Instrumentos de evaluación

Se generaron tres protocolos de valoración que agrupaban diferentes instrumentos (escalas validadas, listados y cuestionarios). Una parte de los instrumentos se extrajo del estudio IMIAS (*International mobility in aging study*, 2020), otros instrumentos se identificaron desde otros estudios previos, como Etxean Ondo (Matia Instituto Gerontológico, 2012) y GAM (Etxeberria Arritxabal *et al.*, 2011), y, en los casos en los que se identificaron variables relevantes sin que existiera un instrumento adecuado validado en castellano, se desarrollaron ítems *ad hoc* para recoger la frecuencia o la intensidad en relación con el ítem. Los protocolos se desarrollaron de acuerdo con los diferentes perfiles y objetivos del estudio: dos protocolos heteroadministrados para las personas en situación de dependencia y su cuidadora principal, y un tercer protocolo de recogida de información administrado por la trabajadora social del grupo control con el objetivo de recabar información sobre la persona y su entorno domiciliario, urbano y social (cuadro 1).

Las personas cuidadoras recibieron una valoración más ligera que las personas a las que cuidan, poniendo énfasis en su satisfacción, sobrecarga y bienestar, y minimizando la carga de la valoración en aspectos puramente médicos o psicológicos del corte de depresión y soledad (cuadro 2).

Cuadro 1. Protocolo de valoración de la persona mayor	
VARIABLES	Instrumentos
Valoración subjetiva de la salud e historial de trastornos crónicos	Extraído y adaptado del estudio <i>International mobility in aging study</i> (IMIAS)
Agudeza visual	Prueba estandarizada de valoración de agudeza visual
Capacidad auditiva	Valoración subjetiva de capacidad auditiva extraída y adaptada del estudio <i>International mobility in aging study</i> (IMIAS)
Registro de medicamentos	Extraído y adaptado del proyecto Etxean Ondo
Depresión	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión CESD-20
Actividades básicas de la vida diaria	Extraído y adaptado del estudio <i>International mobility in aging study</i> (IMIAS)
Estado cognitivo	Minixamen cognoscitivo de Lobo (MEC)
Estado motor	Escala breve de capacidad física: <i>short physical performance battery</i> (SPPB)
Caídas	Escala de autoeficacia relacionada con caídas (FES-I) Historial de caídas, extraído y adaptado del estudio <i>International mobility in aging study</i> (IMIAS)
Calidad de vida	Escala de calidad de vida para personas mayores: <i>quality of life in early old age</i> - 12
Soledad	Escala de UCLA de valoración de la soledad
Satisfacción con los cuidados	Escala de satisfacción con el cliente: <i>client satisfaction questionnaire</i> CSQ-8
Características de la vivienda en relación con las necesidades	Extraído y adaptado de la escala en proceso de validación EVA

Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 35), adaptado

Cuadro 2. Protocolo de valoración de la persona cuidadora	
VARIABLES	Instrumentos
Sobrecarga del cuidador	Escala de sobrecarga de Zarit
Satisfacción con los cuidados	Escala de satisfacción con el cliente: <i>client satisfaction questionnaire</i> CSQ-8
Salud percibida	Ítem de valoración tipo Likert
Valoración del cuidado	Extraída y adaptada del estudio Etxean Ondo en domicilios
Calidad de vida	Escala EuroQol

Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 35), adaptado

6. Procedimiento

Previamente a la intervención, se realizó una búsqueda para la identificación de los municipios donde se desarrollaría la experiencia con el fin de obtener una implicación firme por parte de las Administraciones públicas, tanto sociales como sanitarias, para ejercer de eje tractor del proyecto. Se tuvieron en cuenta criterios ya identificados en la experiencia previa de Etxean Ondo (Matia Instituto Gerontológico, 2012) como relevantes para la identificación de entornos adecuados para el desarrollo de este tipo de iniciativas, como son:

- La existencia de diferentes recursos destinados a la población objeto del estudio.
- La experiencia previa de trabajo en red.
- La cercanía y el conocimiento de los potenciales usuarios por parte de los profesionales de la zona: en este sentido, se estableció como uno de los criterios básicos que cada Ayuntamiento liberara a una trabajadora social de base con larga trayectoria en la localidad para el desarrollo de la gestión de casos.
- Implicación y compromiso técnico y político.

También se tuvieron en cuenta otras consideraciones, como las características demográficas de las localidades (evitándose municipios de gran tamaño) y la voluntariedad de los participantes, así como el compromiso para la generación de cambios en las prácticas profesionales y procedimientos habituales tanto desde la atención primaria y secundaria como desde el sistema social y sanitario, siempre desde el marco experimental en el que se desarrolló este proyecto.

En relación con las profesionales participantes de cada Ayuntamiento para ejercer como gestoras de casos, el Ayuntamiento de Elgoibar contó con dos trabajadoras sociales para este cometido, la primera con el rol de gestora de casos y la segunda con funciones de apoyo en los planes de vida de las personas desde la intervención comunitaria; el Ayuntamiento de Errenteria contrató a una profesional externa para este cometido, y el Ayuntamiento de Pasaia liberó a una de las trabajadoras sociales del equipo con amplia trayectoria en la localidad. Para apoyar a las personas del grupo control, en cada Ayuntamiento se contó con diferentes trabajadoras sociales que ya formaban parte de los servicios sociales de base con anterioridad.

Una vez seleccionados los municipios e identificadas las profesionales de los servicios sociales y sanitarios, bajo el liderazgo del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, se estableció un convenio colaborativo con cada Ayuntamiento, así como con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza y la Universidad de Deusto, contando con Matia Instituto Gerontológico para el acompañamiento técnico y metodológico del estudio durante el proceso.

A partir de este momento, se constituyó un grupo motor donde estaban representados tanto el ámbito técnico como el político de los sistemas social y sanitario, y agentes implicados. A través de reuniones mensuales, este grupo ejerció como órgano tractor supraordinado a los municipios durante todo el proyecto.

El proceso de investigación comenzó con una fase de valoración inicial de todas las personas participantes (personas mayores y personas cuidadoras familiares). Se valoró, además, la situación de la vivienda en términos de accesibilidad. Esta valoración se hizo de manera progresiva en Elgoibar, Errenteria y Pasaia, y tuvo una duración de cinco meses. En esta fase, se realizó una valoración a cada persona y persona cuidadora de referencia. Por otra parte, las trabajadoras sociales (en adelante, gestoras de casos) realizaron una entrevista inicial en el domicilio de cada una de las personas para conocerlas en profundidad, atendiendo a aspectos como su estilo de vida, necesidades, preferencias en el cuidado, hábitos, valores, actividades con significado y apoyo vecinal, entre otros.

La intervención se desarrolló a través de un acompañamiento técnico a las gestoras. En primer lugar, recibieron una formación inicial sobre el enfoque de atención centrada en las personas, la metodología de la gestión de casos y habilidades de comunicación, especialmente con personas con demencia. Otras sesiones formativas o de acompañamiento se fueron incorporando a lo largo del proceso a medida que se identificaban necesidades, como, por ejemplo, un taller práctico para conocer en profundidad el servicio de teleasistencia o la implementación de un acompañamiento más específico para trabajar la gestión emocional, la deliberación sobre cuestiones éticas que surgían en la intervención, el entrenamiento en la escucha activa o la cohesión grupal.

Con base en las valoraciones de las participantes, se procedió a la elaboración de los planes de atención y vida personalizados con las personas del grupo experimental y durante diez meses se realizó la intervención con los apoyos establecidos en dichos planes, que se fueron ajustando con base en las necesidades que iban surgiendo. Para el diseño y la ejecución de los planes de atención y vida, se contó con el apoyo técnico del Matia Instituto Gerontológico con el fin de que dichos planes cumplieran con los siguientes criterios:

- La integralidad de la atención: se tuvieron en cuenta los cuatro ámbitos que caracterizan la gestión de casos: 1) el apoyo a las personas cuidadoras, tanto familiares como profesionales; 2) la coordinación sociosanitaria; 3) la intervención en los servicios, los recursos de provisión de apoyos en el domicilio y los servicios de proximidad, y 4) el entorno de la persona en cuanto a amigabilidad y apoyo comunitario, accesibilidad e idoneidad de la vivienda.
- La situación de la persona familiar referente y red de apoyo informal.
- La relación y la coordinación con los servicios sanitarios desde cualquiera de sus recursos de atención: atención primaria o especializada.
- La personalización en relación con la atención centrada en la persona (Martínez *et al.*, 2014): la información principal de la valoración de la gestión de casos se dirigió a conocer la singularidad de la persona, sus preferencias, sus hábitos del día a día, los valores y las directrices vitales significativas de sus vidas.
- La apertura a todo tipo de servicios: en coherencia con la esencia conceptual de la gestión de casos, la gestora asumió la necesidad de incorporar e integrar todas las posibilidades y opciones orientadas a ayudar a la persona y su entorno, con independencia de su procedencia —ámbito público, privado, social, sanitario o comunitario (participación ciudadana y de acción organizada de voluntariado)—. En consecuencia, se incorporaron al plan de cuidados propuestas de intervención que están fuera de la cartera de servicios.

Durante el periodo de ejecución de los planes de atención y vida de cada persona, se fueron realizando valoraciones intermedias de manera telefónica a cada participante, haciéndose un seguimiento de las variables más significativas y los servicios de apoyo que se iban incorporando.

Finalizado el periodo de intervención, se realizó la valoración final con el mismo protocolo que la inicial a todas las personas que se mantuvieron en el estudio. En la fase final se realizó también la evaluación cualitativa con tres grupos focales compuestos por los diferentes protagonistas del proyecto: personas mayores, personas cuidadoras (familiares) y gestoras de caso. Estos se diseñaron focalizados en personas que hubiesen participado en el proyecto, provenientes

de las tres localidades objeto de intervención (Elgoibar, Errenteria y Pasaia), si bien la cristalización de la propuesta ofreció resultados disímiles en la medida en la que el grupo de mayores se vio truncado debido a diversos problemas de salud o disponibilidad por parte de sus potenciales interlocutores. De este modo, mientras que los grupos de profesionales y familiares cuidadores alcanzaron un número suficiente de participantes (seis y ocho, respectivamente), el encuentro con las personas mayores se vio limitado a una entrevista realizada a los dos únicos varones que acudieron a la convocatoria, por lo que los resultados del análisis de esta fueron excluidos del informe final por considerarse una aproximación discursiva insuficiente (no obstante, se recogieron impresiones relevantes al respecto a modo de anexo en el informe). Todos los grupos fueron registrados mediante grabaciones de audio, transcritas para su posterior análisis.

7. Descripción de la intervención

Dentro del grupo experimental, de acuerdo con el marco conceptual de la gestión de casos, se realizó un análisis exhaustivo de las necesidades y requerimientos de las personas en un marco de trabajo social que favoreció la valoración y la búsqueda de apoyos diferentes a los ofrecidos por la cartera de servicios. Siguiendo el concepto de “innovación en los servicios”, se generaron acciones experimentales para la solución de dificultades psicosociales y funcionales específicas de la individualidad de cada caso. A continuación, se detallan algunas de las intervenciones que recibieron las personas participantes.

7.1. Apoyos dirigidos a las personas cuidadoras

- **Respiro en el domicilio:** respiro para el familiar con estancia en el propio domicilio de la persona con dependencia a través del acompañamiento de una asistente personal para garantizar el descanso y minimizar la sobrecarga del familiar. En los casos en los que la persona y su familia no contemplaban como opción viable una estancia temporal en una residencia, se optó por generar una nueva propuesta más adaptada a las necesidades de la persona, como fue la del “respiro en el domicilio”.
- **Acompañamiento y asesoramiento de un terapeuta ocupacional** en el domicilio para idear, construir y experimentar con la familia un sistema personalizado para facilitar la comunicación con la persona en situación de dependencia y con grandes dificultades para comunicarse.
- **Encuentros con asistentes personales** para identificar necesidades específicas y definir píldoras de formación personalizadas. Como consecuencia de estas sesiones, además, se realizó una instrucción formal para la capacitación en el manejo de productos de apoyo.

- Capacitación y formación para el desarrollo de actividades significativas (definiéndose "actividad significativa" como aquella actividad con relevancia para el proyecto vital que se integra en la cotidianidad de la persona, ofreciendo posibilidades de autonomía, ciudadanía activa e implicación con el contexto cercano) tanto con familiares cuidadores como con cuidadoras profesionales (asistentes personales, profesionales internos, etc.).
- Apoyo psicológico en el domicilio (ofrecido dentro del programa Sendian) orientado a la familia en aquellas situaciones en las que el familiar ejerce un cuidado constante y no podía abandonar el domicilio.
- Asesoramiento personalizado al asistente personal por parte de una psicóloga para mejorar la comunicación y la relación entre la persona participante y la cuidadora interna a través de la dotación de pautas personalizadas y ajustadas a la situación.

7.2. Apoyos derivados de la coordinación sociosanitaria

- Revisiones individualizadas de los casos. Estas revisiones fueron realizadas entre gestoras, enfermeras y médicos. Según el caso, varió el perfil de los profesionales que participaron.
- Visitas conjuntas al domicilio de la gestora de casos y el médico de referencia.
- Información y puesta en marcha del blíster farmacéutico.
- Visitas del geriatra al domicilio en situaciones de difícil acceso de la persona a una consulta y necesidad de valoración. Estas visitas se complementaron con la coordinación entre el médico de familia, el geriatra y la propia gestora de casos.
- Programa de orientación para realizar ejercicio físico en el domicilio a través del servicio de orientación para la actividad física, SOAF, que se venía ofreciendo como actividad para realizar en espacios comunitarios.

7.3. Apoyos con relación a los servicios de provisión de cuidados y servicios de proximidad

- Revisión de la valoración de dependencia en aquellos casos que, desde la evaluación profesional y en un acercamiento más personalizado a la situación real de la persona, la requirieron.
- Cambios de prestaciones. Tras la valoración y la orientación, se realizaron varios cambios de prestaciones (mayoritariamente, cambios de PECEF a PEAP) con el objetivo de contratar cuidados profesionales. En esta situación, se identificó un gran número de situaciones de

desconocimiento de derechos e idoneidad de prestación.

- Ampliación de las horas de atención domiciliaria (SAD) y ajuste de las horas y los apoyos en momentos concretos del día.
- Solicitud y puesta en marcha de un servicio de centro de día como servicio integrado en el ecosistema de servicios municipales para el apoyo a la continuidad de la persona en su domicilio.
- Valoración y dotación de un servicio de teleasistencia personalizado, desde el conocimiento de las posibilidades que ofrece el servicio mediante las gestoras de casos hasta la aplicación de equipos y dispositivos en los propios domicilios.
- Dotación de productos de apoyo adecuados a las características específicas de diversidad funcional de las personas participantes en el programa.
- Estancia temporal en centros residenciales.

7.4. Apoyos en relación con la vivienda y desde el ámbito comunitario

Este ámbito comprende toda acción e iniciativa relacionadas con la vida social y cotidiana que se produce en el municipio y su amigabilidad tanto a nivel de definición urbanística del municipio como de la organización y la disposición de apoyo de las personas que viven en este.

Las acciones orientadas a mejorar la accesibilidad fueron:

- Orientación para el cambio de vivienda cuando las barreras se identificaron como insalvables.
- Orientaciones para una vivienda segura y confortable. Se elaboró y entregó a todas las personas participantes en el grupo experimental una guía con orientaciones prácticas que se podían realizar en casa y que favorecerían un hogar más seguro y confortable.
- Incremento de la dotación de productos de apoyo.
- Asesoramiento personalizado sobre accesibilidad dentro de la vivienda para que un arquitecto especialista hiciera accesible una terraza.
- Orientaciones personalizadas para facilitar seguir realizando actividades dentro de casa de manera segura, como, por ejemplo, el cambio de un tendedero por otro más estable.

7.5. Acciones orientadas a la participación de la persona en su entorno y a la sensibilización social

- Incorporación de iniciativas comunitarias con el apoyo de asociaciones y voluntariado.
- Acompañamiento en acciones de ocio y disfrute cotidiano informal (tomar un café, jugar la partida, ir a la biblioteca, etc.).

- Paseos en bicicleta. Varias personas vivieron la experiencia de pasear en bici por lugares de su localidad que hacía tiempo que no visitaban por la imposibilidad de acceder a pie o en coche. Esta iniciativa, en colaboración con CWA-Donostia, les permitió, además, conocer a otras personas y establecer relaciones entre ellas.
- Salidas a la playa en colaboración con Cruz Roja. Las personas que manifestaron este deseo pudieron disfrutar de visitar de nuevo la playa, darse en baño o, simplemente, volver a sentir la brisa del mar.
- Encuentro intergeneracional en la casa de cultura entre personas mayores en situación de dependencia y niños del centro educativo de la localidad.
- Recuperación de la memoria histórica del pueblo a través de testimonios de personas participantes en Etxean Bizi. Con el apoyo del Departamento de Cultura del Ayuntamiento, se contó con personas que no podían salir de su domicilio para recoger su experiencia de vida y plasmarla en el proyecto de recuperación de la memoria histórica.
- Trabajo de la actividad significativa con el acompañamiento de personas voluntarias: iniciación a la informática, pintura, etc.
- Cinefórum. Se organizó una sesión de cinefórum dirigida a la comunidad para deliberar sobre los estereotipos asociados a la edad.
- Teatro en la calle "Usteak erdia ustel!", representado por ciudadanos de la propia localidad y orientado

también a señalar los estereotipos implícitos en la vejez y reivindicar una imagen ajustada a la realidad de las personas mayores.

8. Análisis y resultados

Se realizaron pruebas estadísticas acordes a las características de la distribución (pruebas paramétricas y no paramétricas) y su tipo (categóricas, numéricas y ordinales): pruebas T y U de Mann-Whitney para establecer diferencias entre grupos tanto en situación pre como en post, pruebas T para grupos relacionados y Wilcoxon para identificar cambios intragrupos. Asimismo, se utilizó la prueba chi cuadrado para identificar diferencias en la distribución de variables nominales. Aunque se recogió información de un gran número de variables, para el análisis del impacto se analizaron solo las variables en las que se hipotetizaba un cambio relacionado con la intervención. El resto de las variables recogidas sirvió para la descripción de la muestra, el análisis de costes-efectividad y la gestión de casos con el objetivo de organizar la intervención a través de un plan de atención y vida. Las variables de impacto analizadas se muestran en los cuadros 3 y 4.

El estudio piloto obtuvo resultados en dos niveles de análisis, el procedimental y el relacionado con los objetivos de mejora. Se desarrollaron prácticas innovadoras y se implementaron varios procedimientos relacionados con la gestión de casos, descritos en el apartado anterior.

Variables	Indicadores
Ingresos hospitalarios	Frecuencia de ingresos
Ingresos en agudos	Frecuencia de ingresos
Visitas al médico de cabecera	Frecuencia de visitas
Caídas	Frecuencia de caídas
Registro de medicamentos	Número de medicamentos utilizados
Salud percibida	Frecuencia de personas adscritas a una categoría de valoración de salud subjetiva
Calidad de vida	Puntuación total en la escala de calidad de vida para personas mayores: <i>quality of life in early old age - 12</i>
Depresión	Puntuación total en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida)
Soledad	Puntuación total en la escala de UCLA de valoración de la soledad
Satisfacción con los cuidados	Porcentaje de personas en categorías del ítem desarrollado <i>ad hoc</i>
Satisfacción con los servicios sociales	Porcentaje de personas en categorías del ítem desarrollado <i>ad hoc</i>

Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 71), adaptado

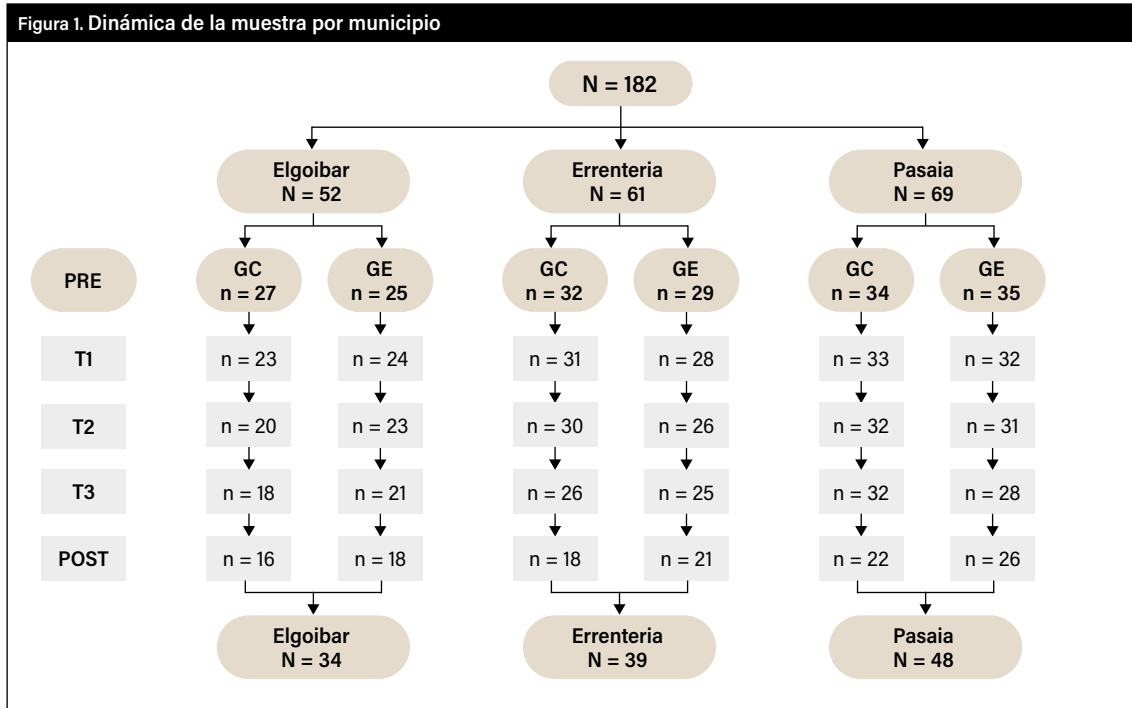
Variables	Indicadores
Tiempo de cuidado	Media en un ítem desarrollado <i>ad hoc</i>
Sobrecarga	Puntuación total en la escala de sobrecarga de Zarit
Salud percibida	Porcentaje de personas en categorías de salud
Calidad de vida	Media en un ítem visual-analógico Puntuación total en la escala EuroQol
Satisfacción con los servicios y apoyos	Porcentaje de personas en categorías del ítem desarrollado <i>ad hoc</i>
Satisfacción con los servicios sociales	Porcentaje de personas en categorías del ítem desarrollado <i>ad hoc</i>

Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 84), adaptado

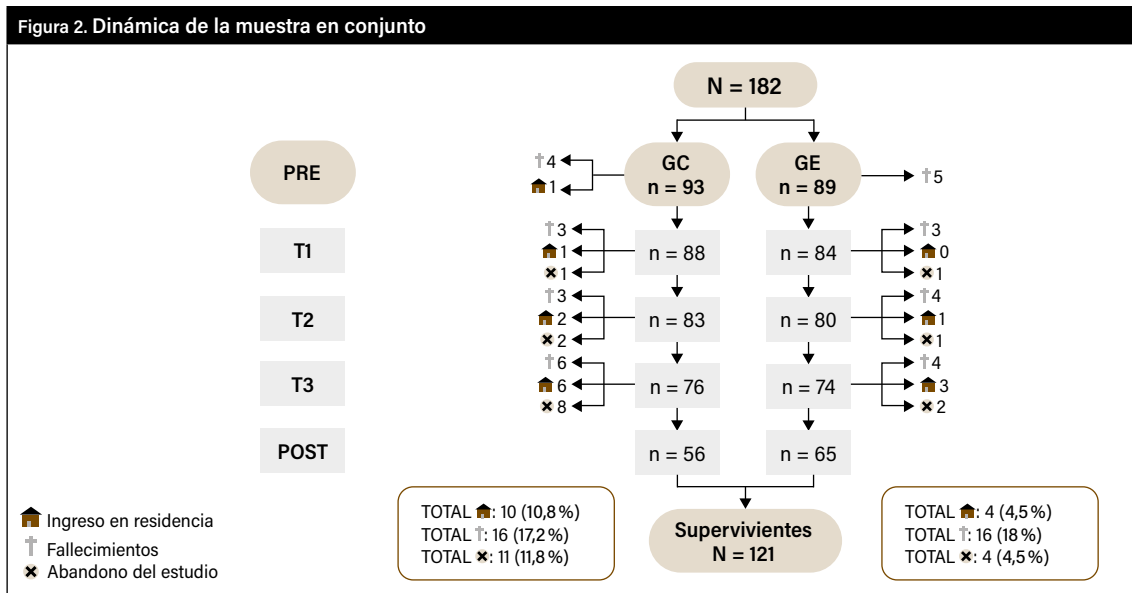
Los dos grupos del estudio piloto fueron equivalentes estadísticamente en casi todas las variables en la situación preintervención, a excepción del nivel educativo. El grupo experimental estaba compuesto por un 23,9% más de participantes sin estudios que el grupo control, mientras que el grupo control estaba compuesto por un 26,8% más de participantes con estudios primarios. Ambos grupos estuvieron equilibrados en estudios secundarios.

En relación con la hipótesis relacionada con el mantenimiento en el hogar, menos de la mitad de los participantes del grupo experimental (4,5%) ingresaron en una residencia en comparación con el grupo control (10,8%). Adicionalmente, hubo una mayor vinculación al proyecto en el grupo experimental (4,5%), dándose más del doble de abandonos del proyecto en el grupo control (11,8%). En ambos grupos se registraron dieciséis fallecimientos.

Los datos de la dinámica de la muestra se detallan en la siguiente figura (figura 1).



Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 67)



Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 68)

Los resultados obtenidos en las variables relacionadas con las personas participantes se muestran en dos tablas resumen, una para los referidos a las personas mayores (tabla 2) y otra para los relativos a las personas cuidadoras (tabla 3). Los resultados muestran la acumulación de diferencias. Primeramente, se establece la diferencia intragrupo a través de la variación del porcentaje de las puntuaciones o frecuencias de cada grupo consigo mismo en situación post-pre (por ejemplo, el grupo control disminuyó un 0,04% los ingresos hospitalarios, mientras que el grupo experimental los aumentó un 0,12%). Posteriormente, se obtuvo la diferencia intergrupos entre el grupo experimental y el grupo control para estimar la intensidad de los cambios comparativamente (por ejemplo, con respecto a los ingresos hospitalarios, la diferencia entre el cambio en el grupo control y en el grupo experimental es de un 0,16% a favor del grupo control).

En relación con los ingresos hospitalarios, no se observaron cambios; sin embargo, a pesar de que ingresaron de manera similar en el hospital, la duración de la estancia fue menor y los ingresos por eventos agudos también lo fueron en el grupo

experimental. Con respecto a las caídas, no se observaron cambios. Tampoco se encontraron cambios en las pautas de medicación. Sí se encontraron, sin embargo, disminuciones notables en la frecuencia de las visitas al médico de cabecera en el grupo experimental, lo que podría estar relacionado con la mejora percibida en el caso del grupo experimental. El aumento de la frecuencia de personas que pasan a categorizar su salud como buena o muy buena apuntaría a la eficacia de este tipo de gestión en comparación con el grupo control.

Con respecto a los aspectos psicológicos y sociales, se puede observar que las personas asignadas al grupo experimental mejoraron su percepción de la calidad de vida desde el comienzo del proyecto. Esto, a su vez, se relaciona de manera positiva e inversa con la depresión, variable en la que se recogen mejoras en el grupo experimental y un empeoramiento en el control, apuntando estos resultados a una mejora holística a nivel psicológico de la persona. Con respecto a la soledad, se puede observar que no parece ser una variable especialmente relevante a nivel promedio en la muestra. Casi todas las personas participantes cuentan con, al menos, una persona

Tabla 2. Resultados en el grupo de personas mayores: diferencias entre variables intra e intergrupos

Variable	Diferencia intragrupo				Diferencia intergrupos	
		GC		GE	GE-GC	
Ingresos hospitalarios	↓	-0,04		↑	0,12	0,16
Ingresos en agudos						
0 ingresos		49,12			46,15	-3,00
0 en pre y >0 en post		21,05			16,92	-4,10
>0 en pre y 0 en post		15,79			27,69	11,90
>0 ingreso en pre y post		14,04			9,23	-4,80
Duración del ingreso						
Ningún ingreso	↓	-7,00		↑	5,00	12,00
Ingreso <1 semana	↑	7,00		↓	-4,00	-11,00
Ingreso >1 semana		0,00		↓	-1,00	-1,00
Visitas al médico de cabecera	↓	-2,63		↓	-38,10	-35,50
Caídas	↓	-0,34		↓	-0,16	-0,18
Toma de medicamentos	↓	-0,76		↓	-0,30	-0,46
Salud						
Salud mala o muy mala	↑	5,66		↓	-18,52	-24,18
Salud regular	↑	1,89		↑	3,70	1,82
Salud buena o muy buena	↓	-7,55		↑	14,81	22,36
Calidad de vida	↑	0,87		↑	9,52	8,65**
Depresión	↑	11,67		↓	-1,67	-13,33*
Soledad	↓	-1,28		↓	-2,30	-1,02
Satisfacción con los cuidados	↑	8,04		↑	8,41	0,37*

* Estadísticamente significativo (p <0,05) ** (p <0,001)

Fuente: Matia Instituto Gerontológico (2020: 92)

Tabla 3. Resultados en el grupo de personas cuidadoras: diferencias entre variables intra e intergrupos

Variable	Diferencia intragrupo			Diferencia intergrupos		
		GC	GE		GE-GC	
Tiempo de cuidado						
1 hora	↓	-0,23		↓	-0,60	-0,35
De 2 a 4	↑	1,31		↑	13,30	11,95
De 5 a 8	↑	9,15		↓	-0,60	-9,74
Más de 9	↓	-10,23		↓	-12,10	-1,86
Sobrecarga	↑	1,27		↓	-6,06	-7,33*
Salud percibida						
Mala o muy mala		0,00		↑	3,44	3,44
Regular	↓	-1,96		↓	-2,27	-0,31
Buena o muy buena	↑	1,54		↓	-1,17	-2,71
Calidad de vida	↓	-0,50		↑	3,70	4,20
Satisfacción con los servicios sociales						
Mucho peor		0,00			2,00	-2,00
Sigue igual		95,50			20,40	-75,10
Algo mejor		4,50			22,40	17,90
Mucho mejor		0,00			55,10	55,10

* Estadísticamente significativo ($p < 0,01$)

Fuente: Matía Instituto Gerontológico (2020: 93)

cuidadora familiar directamente implicada en el cuidado. Ambos grupos experimentan un decremento en la puntuación de soledad (algo mayor en el grupo experimental en términos porcentuales). Puede ser que la propia situación de cuidados tan intensa que requieren los participantes, recibiendo la atención de sus cuidadoras, minimice su sensación de soledad. Es posible también que la existencia de un efecto suelo en la medición de la soledad haya hecho que en la intervención orientada a la inclusión social y la participación no se registraran cambios positivos que requirieran una instrumentación no orientada a la medición de la soledad, sino a la participación.

Con respecto a las personas cuidadoras, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sobrecarga. La sobrecarga es una variable clave en la relación diádica entre la persona que cuida y la persona que es cuidada, siendo además una variable que es previa a la claudicación en los cuidados, el desarrollo de procesos de enfermedad asociados al cuidado y el ingreso en una residencia del familiar. En nuestro caso, en ambos grupos se encontró una sobrecarga entre baja y moderada en la evaluación inicial; al final del periodo de intervención, el grupo experimental bajó su sobrecarga significativamente, mientras que el grupo control la aumentó de manera leve.

El apoyo en la gestión de los cuidados podría guardar relación con la disminución de la sobrecarga y estar relacionado a su vez con una mejora de la salud

y la calidad de vida; sin embargo, los datos solo apoyan parcialmente esta tesis en nuestro grupo, dado que, aunque aumenta la calidad de vida del grupo experimental y disminuye la salud percibida, las diferencias no son significativas. De acuerdo con los datos sobre la intervención, se perfilaría una situación de cuidados con una mayor satisfacción con los servicios sociales (por la escucha, la vinculación y la adecuada dotación de servicios) que podría disminuir la sobrecarga de las personas cuidadoras, inicialmente sin efectos muy definidos sobre la calidad de vida final y la percepción de la salud. Esta situación requeriría de un mayor estudio a largo plazo para ver los efectos en la salud y la calidad de vida del cuidado de las personas en el hogar y el estudio de una generación de soluciones preventivas si se diera la necesidad.

En cuanto a los resultados obtenidos por la aproximación cualitativa, cabe destacar la consonancia en la valoración positiva que realizaron de su participación en el proyecto tanto el grupo de profesionales como el de familiares cuidadores. En ese sentido, el cambio al que se atribuirían buena parte de sus percepciones radicaría en la relevancia otorgada a lo que se interpreta como una transformación de las relaciones, percibida anteriormente como rigurosamente institucional y ahora atribuyéndole una índole personal que rige la vinculación establecida entre las personas beneficiarias del programa y las gestoras de casos. A modo de resumen de lo enunciado en ambos grupos, entre los múltiples

cambios identificados por los participantes en la implementación de Etxean Bizi que se destacaron en las sesiones grupales (tanto conceptuales, en lo referido al modo de entender la atención, como en lo específico de las prácticas concretas que plasman esa resignificación de la función pública), cabría destacar dos modificaciones aportadas por el programa a las que se atribuyó especial trascendencia:

1. **Inversión en la lógica de la atención:** la medida específica que ambos grupos identifican como motor principal del cambio percibido se ubica en la relevancia de las visitas a los domicilios. Las trabajadoras sociales ensalzaron su valor en cuanto práctica que permitió desarrollar un trabajo preventivo "imposible desde el despacho" al conocer a las personas y sus escenarios cotidianos, integrándose en sus vidas e identificando problemáticas que los familiares, debido a la naturaleza conflictiva y su ausencia de conocimientos con relación a la existencia de recursos y servicios, no habrían transmitido en una oficina. Se resalta así un factor novedoso respecto al papel de los servicios sociales en su relación con los usuarios debido a que su desempeño tradicional se percibe como limitado a recibir de forma pasiva demandas concretas a las que se ofrece una respuesta. Durante el periodo de implementación de Etxean Bizi, sin embargo, los propios familiares manifiestan cómo se invertiría la lógica de la atención ("antes tenías que ir a la busca y ahora se te pone en casa"), pasando de la reacción a la acción y de las intervenciones concretas a partir de una demanda ("ibas a pedir algo concreto") a un modelo de atención activo, ofertante y personalizado que permite explotar una diversidad de recursos de los servicios públicos cuya disponibilidad los usuarios desconocen ("tú pedías lo que sabías, pero el resto de cosas..."), de ahí que ambos grupos destacasen como efecto de este modo de trabajar la percepción recíproca de una mejoría muy significativa en las situaciones vitales de las personas beneficiarias del programa. La posibilidad de desplegar intervenciones ajustadas a sus necesidades personales por el mero hecho de haber accedido a informaciones que antes no encontraban canales de comunicación ("mis padres a lo mejor han estado diez años sin cobrar esa ayuda por no conocerla"; "no existe un derecho si no se ejerce") se identifica como una clave relacionada con la vinculación y la comunicación.
2. **Desinstitucionalización de la atención en beneficio del vínculo personal:** la implantación de las gestoras de casos como figura única de referencia a la que se conoce personalmente y que canaliza las necesidades de las personas a través de las burocracias institucionales, así como la ya mentada integración de estas trabajadoras en el contexto cotidiano hogareño de las personas a las que atienden, propiciaría la emergencia de un marco relacional personal que trascendería muchos de los encorsetamientos normativos que dificultan en el modelo de atención tradicional la relación profesional-usuario. Este cambio,

en beneficio de una vinculación de "cercanía" asentada sobre el reconocimiento recíproco de ambas partes (motivo de satisfacción mutua enunciado en numerosas ocasiones por el valor atribuido a que unos y otros se llamasen por su nombre), permitiría desplegar una atención más personalizada y satisfactoria tanto para quienes la proveen como para quienes la reciben. De este modo, las trabajadoras sociales destacaron su satisfacción por retomar el "vínculo" como el elemento central que "caracteriza a nuestra profesión", hasta el punto de afirmar que, gracias a Etxean Bizi, podían "volver a lo que realmente es el trabajo social" en un formato de trabajo desinstitucionalizado y desprotocolizado en el que "conocer a la persona" permite proporcionar un trato más "humano". Asimismo, el grupo de familiares enfatizó la percepción de "acompañamiento" que proporciona saber "que siempre puedes llamar a tu asistente social y preguntarle", expresando su sorpresa por un trato que no les exige un amoldamiento a una rigidez protocolaria, sino que, al contrario, toma en consideración sus posibilidades y requerimientos ("te hablan de tus necesidades") desde un marco de cooperación negociada ("se hacen copartícipes de la situación") (Prieto, 2020).

Estas conclusiones abundarían en los resultados obtenidos y en el conocimiento producido por el abordaje cuantitativo con relación al bienestar, la satisfacción con los servicios sociales y la calidad de vida, pero especialmente con relación a la interpretación de los procesos, por lo que se puede afirmar que la estrategia de investigación cualitativa resultó fructífera en su carácter complementario al permitir profundizar en la experiencia subjetiva y el sentido otorgado a los datos obtenidos mediante los instrumentos cuantitativos.

Finalmente, se realizó un análisis económico de costes-efectividad para poner a prueba la hipótesis de mejorar variables personales a igual o menor coste que el de una plaza residencial. Este proceso conllevó diferentes fases: 1) estimación del coste total sanitario (como sumatorio del total de costes imputados a diferentes servicios de salud: ingresos, hospitalizaciones, rehabilitación y diversos servicios de medicina especializada, como hemodiálisis, quimioterapia, etc.); 2) estimación del coste asociado a la dependencia, que se distribuye a su vez en varios apartados: (i) coste de atención formal (horas de servicio de atención a domicilio, asistente personal), que, en el caso del grupo de tratamiento, incluye el coste de la gestora de casos, y (ii) coste de atención residencial; el precio promedio de estancia en una residencia se ha calculado a partir del precio para dependiente (79 €/día), gran dependiente (99 €/día) y unidad psicogeriatrica (106 €/día). Posteriormente, se calculó el coste total comparando los grupos. Los resultados, en resumen, señalarían:

- El coste-oportunidad de la liberación de plazas residenciales, liberándose 403 plazas anuales.

- La probabilidad de entrar en una residencia sería tres veces mayor en el grupo control que en el experimental (15 % sobre 5 %) en el transcurso de un año.
- El coste residencial incurrido por los ingresos en el control sería 5,74 veces mayor que en el experimental (GE = 596,402 € y GC = 3423,001 €).
- El grupo experimental permanecería en el domicilio 130 días en promedio más que el control (256 sobre 126).
- Atendiendo al ahorro anual, el programa saldría rentable a pesar de que aumenta el gasto social de atención domiciliaria, ya que es sensiblemente menor el gasto residencial y sanitario. Los autores señalan un 33 % menos de coste en el grupo experimental (5117 €) sobre los 7649 € de promedio anual por persona.
- Se extrapolan los datos a la población de Gipuzkoa y se plantea un ahorro total a través del uso del programa de 50 millones de euros anuales (más 13,9 millones en atención residencial).

9. Discusión y conclusiones

La reformulación del modelo de cuidados ante la crisis del sistema de cuidados, exacerbada por la pandemia de la COVID-19, se puede calificar sin lugar a dudas como inaplazable (Díaz-Veiga y Sancho, 2022; Fantova, 2015). Sin embargo, como cambio sistémico que requiere la participación de todos los agentes, una coordinación vertical y horizontal dentro y entre los sistemas y voluntad política para avanzar, se encuentra con múltiples barreras para cumplir con este objetivo perentorio. Estas barreras, lejos de estar aisladas y permitir que pudieran sortearse con facilidad, tienen relaciones de dependencia entre sí, de manera que cada barrera afecta a las demás, incluso permeando entre niveles de análisis. Esta complejidad, además, dificulta la asunción de responsabilidad de los agentes al encontrarse sus posibilidades de acción y reflexión limitadas en muchos casos al contexto y el sistema en el que desarrollan su labor. La propia fragmentación de los sistemas de cuidado supone así una dificultad intrínseca para la planificación del abordaje de la coordinación o la integración de los cuidados. De manera transversal a los diferentes sistemas, incluso cuando existe el tiempo, los recursos y la voluntad de cambio, se plantea la cuestión procedimental de cómo hacerlo. El abordaje de este "cómo" incluye, necesariamente, metodologías dispares que deben orientarse a la generación de conocimiento para la consecución del objetivo común del cambio de modelo no como fin último que sería el bienestar social, sino como planteamiento teórico que articule la práctica de los cuidados en pro de este fin.

Independientemente del tipo de investigación que se realice, es necesario abordar un riesgo conceptual que permita poner a prueba los cambios hipotetizados para salir de lo conocido, la generación de ideas de

intervención innovadoras, la flexibilidad en el proceso para adaptarse a la complejidad del sistema y su intervención, una documentación del proceso que permita identificar las claves del cambio y la difusión de los resultados del modo más transparente y claro posible para todos los actores involucrados para facilitar la escalabilidad.

Etxean Bizi se ha desarrollado con estas premisas, partiendo de la base de los desarrollos previos en Etxean Ondo tanto en su orientación a los domicilios como a las residencias. Si bien la metodología establecida se plantea como un estudio experimental al uso, complementada con el enfoque cualitativo y de análisis de costes-beneficios, el estudio se desarrolló con flexibilidad dentro de la intervención, apostando por el formato de acompañamiento. Siendo conscientes de las limitaciones que este formato planteaba en términos de sistematicidad, el estudio se desarrolló siempre orientado a un impacto social y de generación de un marco de acción supraordinado al propio pilotaje de la experiencia de intervención, más allá de lo que se considera, en la aproximación a la planificación de la teoría del cambio, como *accountability ceiling* o techo de responsabilidad (Breuer *et al.*, 2019).

Este proyecto se diseñó en el marco de un planteamiento ecosistémico en el que Gipuzkoa, a través de sus Administraciones públicas, apuesta por la reconstrucción del modelo de cuidados y atención a la dependencia. Actualmente, desde el año 2020, la estrategia Zaintza HerriLab¹, liderada por la Diputación Foral de Gipuzkoa, desarrolla en el municipio de Pasaia un modelo de atención que continúa en el marco de la intervención desde los servicios sociales de base con el foco en las personas mayores de sesenta años que necesitan apoyos, estableciendo canales de comunicación y estrategias de coordinación sociosanitaria para la agilización de recursos y servicios. Esto se ajusta en total coherentemente con lo descrito en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales del País Vasco y con la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi" (Osakidetza, 2010) y el *Documento marco para las directrices de la atención sociosanitaria* (Gobierno Vasco, 2003).

El planteamiento hipotético del proyecto fue, de acuerdo con los planteamientos de cuidados integrados de la International Foundation of Integrated Care (Amelung *et al.*, 2017), que un seguimiento más cercano por parte de la gestora de casos, una mayor o más ajustada dotación de recursos que atendiera a las necesidades de la persona y un aumento de la coordinación sociosanitaria y comunitaria podrían mejorar la situación de fragilidad de las personas, dotándolas de recursos físicos, sociales y de autogestión que, en última instancia, podrían evitar la institucionalización. La prevención y la anticipación de los cuidados ante la multimorbilidad de la persona o ante la aparición de eventos inesperados e

¹ <https://www.zaintzaherriab.eu/>

impredecibles que conforman la definición del caso complejo son una clave que se puede gestionar desde una atención cercana.

El análisis de los datos nos muestra, como era esperable, un perfil de personas muy frágiles que se vinculan al proyecto, con una elevada presencia de casos complejos (definición acuñada en desarrollos sucesivos del proyecto en el contexto de Pasaia a través de un estudio de categorización interjueces cuyos resultados se presentarán en otro artículo) con alta necesidad de cuidados, servicios insuficientes y fragmentados, por un lado, y personas cuidadoras con sobrecarga y recursos limitados que forman la diada de cuidados, por otro.

La fragilidad de los participantes se evidencia en la alta mortandad de la muestra y la elevada frecuencia de ingresos residenciales en el grupo control. A pesar de existir en ambos grupos una mortandad similar, el proyecto cumplió su objetivo de permitir al grupo experimental mantenerse en casa más tiempo y con mejor experiencia subjetiva en comparación con el grupo control, en situación de recibir cuidados de manera tradicional a un coste inferior al de una plaza residencial. Los datos muestran aspectos heterogéneos de los efectos del programa posiblemente debido al número tan elevado de variables, los diferentes contextos locales y la complejidad de la intervención; sin embargo, se observa una cierta coherencia en los resultados en relación con el bienestar de los participantes y sus cuidadoras, su satisfacción y sus percepciones positivas sobre el programa.

Esto apunta a que una gestión eficiente de los casos que potencie la coordinación sociosanitaria y comunitaria desde un enfoque centrado en la persona

puede apoyar el mantenimiento de una persona en su hogar de acuerdo con sus preferencias y de manera sostenible en términos de eficiencia. Este programa parece ser, a su vez, satisfactorio para las personas que ejercen cuidados, liberándolas de carga y aumentando su satisfacción y calidad de vida.

Con la vocación de generar conocimiento sobre prácticas de coordinación sociosanitaria, a la luz de estos resultados, se identifica la necesidad de continuar estudiando la relación de dependencia entre los efectos en el retraso de la entrada en una residencia y la gestión de casos, la dotación de servicios y la calidad de vida y el bienestar, la coordinación de servicios sociosanitarios y comunitarios, las posibilidades de escalabilidad de este tipo de prácticas, el coste-efectividad asociado (visto desde un punto de vista holístico, no dentro de cada sistema), cuáles son los perfiles más apropiados para las gestoras de casos y dónde debe ponerse el énfasis en la gestión, las características del caso complejo y, en un análisis macro, la idoneidad del modelo que relaciona los diferentes engranajes. Así, el presente estudio enmarca una serie de propuestas posteriores que permitirán evidenciar relaciones más profundas entre las variables y explorar las características longitudinales de la experiencia de las personas que requieren cuidados de larga duración.

Agradecimientos

Agradecemos a Mayte Sancho su imprescindible papel en el diseño, impulso, dirección y desarrollo de este proyecto, sin el cual el proyecto no hubiera sido posible.

Agradecemos a María Victoria Zunzunegui por su valiosa aportación a la metodología del proyecto.

- ABELLÁN, A.; CASTEJÓN, P. y ESPARZA, C. (2011): *Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco con base en la encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), 2008*, Gobierno Vasco, Matia Instituto Gerontológico, <<https://www.matiainstituto.net/en/publicaciones/disability-and-dependency-elderly-people-basque-country-0>>.
- AMELUNG, V.; STEIN, V.; GOODWIN, N.; BALICER, R.; NOLTE, E. y SUTER, E. (2017): *Handbook integrated care*, Cham, Springer International Publishing.
- BREUER, E.; COMAS-HERRERA, A.; DOCRAT, S.; FREEMAN, E.; SCHNEIDER, M. y THE STRIDE TEAM (2019): *Theory of change workshops: guidance and resources. STRIDE Research Tool No. 1 (version 2)*, Londres, Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.
- CASSETTI, V. y PAREDES-CARBONELL, J. J. (2020): "La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria", *Gaceta Sanitaria*, vol. 34, n.º 3, pp. 305-307, <<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2019.06.002>>.
- CENTRO COMÚN DE INVESTIGACIÓN; INSTITUTO DE PROSPECTIVA TECNOLÓGICA; ABADIE, F.; CODAGNONE, C.; LUPIÁÑEZ-VILLANUEVA, F. y THEBEN, A. (2015): *Strategic intelligence monitor on personal health systems, phase 3 (SIMP3S): Etxean Ondo (Spain), case study report*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2791/180635>>.
- COONEY, A. (2012): "Finding home: a grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 7, n.º 3, pp. 188-199, <<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>>.
- COSTA-FONT, J. y VILLAPLANA, C. (2022): *Evaluación económica del proyecto Etxean Bizi* [inédito].
- DAHLIN-IVANOFF, S.; HAAK, M.; FÄNGE, A. e IWARSSON, S. (2007): "The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people", *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 14, n.º 1, pp. 25-32, <<https://doi.org/10.1080/11038120601151714>>.
- DE QUINTO, A.; HOSPIDO, L. y SANZ, C. (2021): "The child penalty: evidence from Spain", *SERIES*, vol. 12, n.º 4, pp. 585-606, <<https://doi.org/10.1007/s13209-021-00241-9>>.
- DEL BARRIO, E. y DÍAZ-VEIGA, P. (2020): *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi 2020. Resumen de resultados*. Serie Gizartea Hobetuz Documentos de Bienestar Social, n.º 79, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/1.Resumen_CONDICIONESVIDA_ES.pdf>.
- DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DE NACIONES UNIDAS (2019): *World population ageing 2019: highlights*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas.
- DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO (2021): *Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024*, Gobierno Vasco, <<https://www.euskadi.eus/documentacion/2021/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024/web01-a2zesosa/es/>>.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2013): "Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 48, n.º 3, pp. 101-102, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.003>>.

- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2022): "La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, n.º 5, pp. 247-249, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.002>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2021): "Gipuzkoa impulsa ecosistemas locales de cuidados para una atención más 'personalizada' a personas mayores", *Diputación Foral de Gipuzkoa*, 25 de mayo de 2021, <<https://www.gipuzkoa.eus/es/-/gipuzkoak-zaintzen-tokiko-ekosistemak-sustatzen-ditu-adinekoei-arreta-personalizatuagoa-emateko>>.
- ETXEBERRIA ARRITXABAL, I.; GARCÍA SOLER, Á.; IGLESIAS DA SILVA, A.; URDANETA ARTOLA, E.; LOREA GONZÁLEZ, I.; DÍAZ-VEIGA, P. y YANGUAS LEZAUN, J. J. (2011): "Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 46, n.º 4, pp. 206-212, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.009>>.
- FANTOVA, F. (2015): "Crisis de los cuidados y servicios sociales", *Zerbitzuan*, n.º 60, pp. 47-62, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.04>>.
- FERNÁNDEZ, I.; SENTANDREU-MAÑÓ, T. y TOMÁS, J. M. (2020): "Impacto del estatus de fragilidad sobre la salud y calidad de vida en personas mayores españolas", *Atención Primaria*, vol. 52, n.º 10, pp. 731-737, <<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2019.11.006>>.
- GARCÍA-GARCÍA, F. J.; GUTIÉRREZ ÁVILA, G.; ALFARO-ACHA, A.; AMOR ANDRÉS, M. S.; DE LA TORRE LANZA, M. D. L. A.; ESCRIBANO APARICIO, M. V.; HUMANES APARICIO, S.; LARRIÓN ZUGASTI, J. L.; GÓMEZ-SERRANILLO REUS, M.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. y RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. (2011): "The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging", *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 15, n.º 10, pp. 852-856, <<https://doi.org/10.1007/S12603-011-0075-8>>.
- GARCÍA-SOLER, Á.; SALAZAR, J.; LETURIA, M.; GARCÍA, A.; CASTEJÓN, P.; RODRÍGUEZ, P. y SANCHO, M. (2015): "Efectos de una intervención diferencial de atención integral centrada en la persona en variables relacionadas con la calidad de vida en personas mayores viviendo en sus casas", 57 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, San Sebastián.
- GARCÍA-SOLER, Á.; ULLA, S.; OLIVA, S.; MONTERO, M.; RAMÓN, M.; ITURBURU, M. y GALDONA, N. (2022): *Situational analysis [Spain]. Internal report from INCARE Project. Supporting inclusive development of community-based long-term care services through multi-stakeholder participatory approaches* [inédito].
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2021): *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 22*, Madrid, Gobierno de España, <<https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/16062021-Componente22.pdf>>.
- GOBIERNO VASCO (2003): *Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUEDEL para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la comunidad autónoma del País Vasco (30 de enero de 2003)*, Gobierno Vasco.
- GOBIERNO VASCO (2019): *Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia, 2018-2020*, Diputación Foral de Bizkaia, <<https://www.bizkaia.eus/Home2/archivos/DPTO3/Temas/Atencion%20sociosanitaria/PLAN%20OPERATIVO-CAST-DEF-web.pdf>>.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2011): *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2005): *Asistencia o cuidados personales recibidos debidos a la discapacidad según sean proporcionados por residentes o no residentes en el hogar por sexo y edad. Población de 6 y más años con discapacidad*, <<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51526>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020a): *Población con alguna discapacidad o limitación por sexo y edad*, <<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51614>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020b): *Proyecciones de población 2020-2070* [nota de prensa], <https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf>.
- International mobility in aging study* (2020): <http://www.imias.ufrn.br/>.
- LESTHAEGHE, R. (2014): "The second demographic transition: a concise overview of its development", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 111, n.º 51, pp. 18 112-18 115, <<https://doi.org/10.1073/PNAS.1420441111>>.
- MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2014): *Modelo de atención centrada en la persona* [colección], Vitoria, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/web01-a2gizar/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/index.shtml>.
- MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO (2012): *Etxean Ondo. Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliaria y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi. Etxean Ondo Araba. Cuadrilla de Añana*, Vitoria, Gobierno Vasco.
- MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO, (2020): *Etxean Bizi. Informe de resultados*, Matia Instituto Gerontológico, <<https://www.gipuzkoa.eus/documents/13448758/13642872/Etxean+Bizi+Memoria+2020/>>.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL; INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES; y HELPAGE INTERNATIONAL (2019): *La revolución de la longevidad en el año 2019*, <<https://www.helpage.org/silo/files/revolucion-longevidad-2019.pdf>>.
- O'CAOIMH, R.; GALLUZZO, L.; RODRÍGUEZ-LASO, Á.; VAN DER HEYDEN, J.; RANHOFF, A. H.; LAMPRIKOU, M.; CIUTAN, M.; LÓPEZ SAMANIEGO, L.; CARCAILLON-BENTATA, L.; KENNELLY, S. y LIEW, A. (2018): "Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and

meta-analysis", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 54, n.º 3, pp. 226-238, <https://doi.org/10.4415/ANN_18_03_10>.

OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD (2010):

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, <https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf>.

PAÍS VASCO (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 246, 24-12-2008, pp. 31 840-31 924, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/2008/12/05/12/dof/spa/html/>>.

PRIETO, D. (2020): *Acercamiento cualitativo al período experimental de implementación del programa Etxean Bizi. Informe de resultados*, <<https://www.gipuzkoa.eus/documents/13448758/13642872/Acercamiento+cualitativo+al+período+experimental+de+implementación+del+proyecto+Etxean+Bizi+%283%29.pdf>>.

RODRÍGUEZ, P. (2013): *La atención integral y centrada en la persona*. Serie Papeles de la Fundación, n.º 1, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

RODRÍGUEZ, P. y MARTÍNEZ, T. (2014): *Etxean Ondo. Proyecto piloto para mejorar la atención domiciliar y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores en algunos municipios de Euskadi*, <<https://www.fundacionpilares.org/docs/DOCUMENTOMETODOLOGICOSYPIM.pdf>>.

ROWLES, G. D. (2000): "Habituation and being in place", *The Occupational Therapy Journal of Research*, vol. 20, n.º 1, pp. 52S-67S, <<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*, vol. 44, n.º 2, pp. S45-S53, <<https://doi.org/10.1093/GERONJ/44.2.S45>>.

SANCHO, M. (2013): "Proyecto Etxean Ondo, domicilios y entornos" [presentación], II Jornadas Internacionales sobre la Atención a la Dependencia, Madrid, <https://www.fundacionpilares.org/docs/bienencasa_MayteSancho.pdf>.

SANCHO, M. (coord.) (2019): *Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa*, Matia Instituto Gerontológico, <<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/bakardadeak-explorando-soledades-entre-las-personas-mayores-que-envejecen-en-gipuzkoa>>.

SANCHO, M. (2020): "Viviendas y alojamientos para personas mayores, la experiencia internacional", *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, vol. 65, n.º 1-2, pp. 180-224.

WEISS, C. H. (1995): "Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families", en CONNELL, J.; KUBISH, A.; SCHORR, L. y WEISS, C. (eds.), *New approaches to evaluating community initiatives*, Washington, Aspen Institute.