

Monográfico/ Monographic

# Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad

## *Towards a public model of community care*

Lucía Martínez-Virto\*

Universidad Pública de Navarra, España  
lucia.martinez@unavarra.es

Alejandra Hermoso-Humbert

Universidad Pública de Navarra, España  
alejandra.hermoso@unavarra.es

Recibido / Received: 17/01/2020

Aceptado / Accepted: 15/06/2020



### RESUMEN

Los cuidados en el entorno y la comunidad, frente a la atención institucionalizada, han sido motor, deseo y filosofía en el desarrollo del modelo de atención pública a los cuidados en España. Los servicios sociales de atención primaria reciben el encargo de su gestión haciendo frente a un nuevo contexto marcado por las tendencias demográficas, la gestión de los cuidados en las familias y los deseos de las personas cuidadas. Los tradicionales recursos de cuidados públicos como el Servicio de Atención a Domicilio o la teleasistencia se muestran insuficientes para esta nueva realidad, implicando la necesidad de repensarlos tanto en estructura como naturaleza de los cuidados. A lo largo de este artículo se identifican las principales limitaciones de los servicios y programas públicos de cuidados a personas dependientes en el domicilio. Para ello se han realizado 10 entrevistas en profundidad a profesionales de los servicios sociales públicos y personas usuarias, y un grupo de discusión con profesionales del ámbito rural y urbano de Navarra. Este trabajo conduce a pensar en algunas alternativas que podrían contribuir a promover un nuevo modelo público de cuidados en la comunidad.

**Palabras clave:** cuidados, comunidad, envejecimiento, servicios sociales.

### ABSTRACT

Community and family care, opposite to institutionalized care, is a desire, challenge and philosophy in the development of the Spanish public care model. The management of the primary social care services faces nowadays a new context marked by demographic trends, family care management and caregivers' wishes. Traditional public care resources, such as the Home Care Service or telecare, are insufficient for this new reality, exposing a need to rethink both the structure and nature of care. This article will identify the main limitations of public care services and programs for home dependents. Ten in-depth interviews have been carried out with social services professionals and users, and a discussion group with professionals from Navarra's rural and urban areas. This work sheds light on some alternatives that could contribute to rethinking the public model of community care.

**Keywords:** Long-term care, social services, aging, community, elderly activation.

\*Autor para correspondencia / Corresponding author: Lucía Martínez-Virto, [lucia.martinez@unavarra.es](mailto:lucia.martinez@unavarra.es)

Sugerencia de cita / Suggested citation: Martínez-Virto, L. y Hermoso-Humbert, A. (2021). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *Revista Española de Sociología*, 30 (2), a26. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.26>

## INTRODUCCIÓN

Las transformaciones sociales, demográficas, políticas y económicas de los últimos años han tenido considerables implicaciones para nuestro modelo de cuidados. Cuestiones vinculadas al cuidado como derecho, a la financiación del modelo, a la realidad demográfica, a la diversidad territorial, a los patrones de cuidado en las familias, a la pluralidad de actores implicados o al impulso del sector laboral de los cuidados deben ser puestas sobre la mesa para enfrentar el presente y futuro del modelo de cuidados que necesitamos como sociedad.

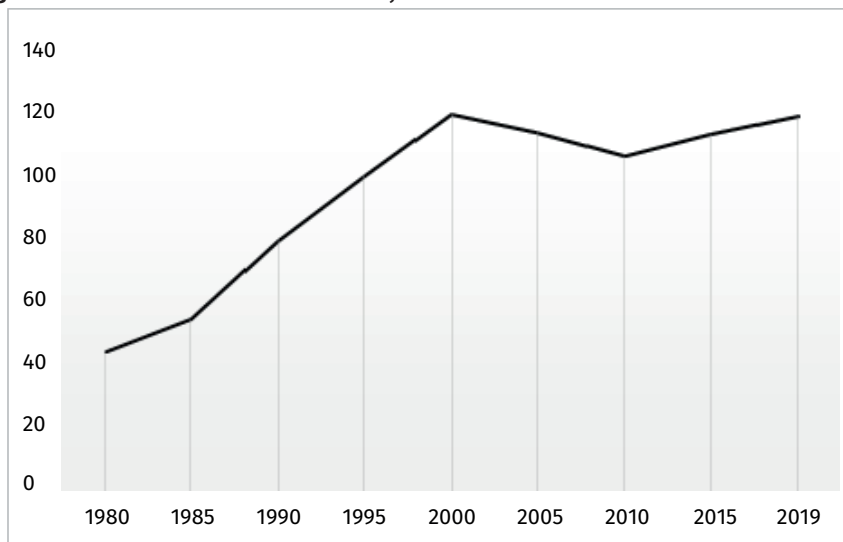
El objetivo de este trabajo es analizar las posibles limitaciones que presenta el actual modelo público de cuidados en el entorno en Navarra para afrontar el desafío del envejecimiento poblacional. Para ello se realiza un análisis en profundidad sobre los principales servicios y programas públicos de la atención a los cuidados en el domicilio. Los resultados de este estudio conducen a proponer algunas alternativas en clave de alianzas públicas y comunitarias que refuercen el modelo de atención en el entorno y la comunidad.

A lo largo del texto se expone, en primer lugar, las nuevas tendencias demográficas y sociales en el territorio español y en Navarra. Estas transformaciones han definido un nuevo escenario de necesidades que precisa ser abordado con diferentes enfoques en los cuidados. En segundo lugar, se presenta el modelo de organización y los recursos públicos de cuidados en Navarra, lugar donde el trabajo de campo ha sido realizado. Posteriormente se realiza un análisis en profundidad basado en las principales limitaciones del actual modelo de cuidados en el entorno. A partir de ello se exponen algunas propuestas orientadas a conectar lo público y lo común, ofreciendo estrategias de intervención, diseño y articulación de las políticas para dar respuesta a las nuevas necesidades de cuidado.

## TRANSFORMACIONES SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS: DE NUEVAS NECESIDADES A NUEVOS ENFOQUES EN LOS CUIDADOS

El envejecimiento de la población es una realidad incuestionable. El segmento de la población mayor de 65 años está creciendo más rápidamente que el resto de los grupos de la estructura de edad. En comparación con la tasa de esperanza de vida al nacer, la cual ha aumentado un 10,3% desde los años 80, la correspondiente a la esperanza de vida a los 65 años ha despuntado un 29,9% más (INE, 2018a). De esta manera, España ha pasado de ser uno de los países más jóvenes a uno de los más envejecidos del entorno europeo, incrementando en 21,27 años la esperanza de vida a partir de los 65 años. La [Oficina Europea de Estadística \(2019\)](#) estima para España un aumento del 13,2% de población mayor de 65 años y del 6,1% de población mayor de 80 años en los siguientes treinta años. En consecuencia, una considerable alza de la ratio de dependencia de personas mayores superará en un 9,4% a la media europea. El incremento de la esperanza de vida es un resultado de éxito para un sistema de salud y pensiones público. Las tendencias de envejecimiento no solo nos hablan de un aumento de la esperanza de vida, sino de más años de autonomía. Es por ello que algunos autores hablan de un rejuvenecimiento de la población más que de un envejecimiento (Herce, 2017).

También en Navarra las tendencias demográficas avanzan hacia un progresivo incremento de las personas mayores. Navarra es una Comunidad Autónoma uniprovincial y pequeña, situada al norte de España. Según los datos de Padrón (Nastat, 2018), tiene una población total de 647.554 habitantes. De este total, 126.436 personas tienen más de 65 años, lo que supone un 19,5% del total de la población. Este dato registra una tendencia progresiva en aumento, debido a que anualmente se registra un incremento de entre uno y dos puntos porcentuales más que en el año anterior (INE, 2018b). Por tanto, como podemos ver en la siguiente figura, se constata una tendencia al envejecimiento.

**Figura 1.** Evolución del índice del envejecimiento en la Comunidad Foral de Navarra.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ine (2019).

Otra característica de Navarra es que es un territorio con baja densidad de población. Según los datos oficiales, la densidad es de 62 habitantes por km<sup>2</sup> (Nastat, 2018). Ello se explica, además, por la dispersión territorial y fragmentación municipal, ya que es una comunidad autónoma con 272 municipios en 10.391 km<sup>2</sup>. Del mismo modo, según el INE (2018c), Navarra tiene la media de edad más alta en los municipios más pequeños, lo que supone que hay un envejecimiento importante en la zona rural, caracterizada, como se ha señalado, por municipios pequeños y dispersos. Por tanto, Navarra es un territorio cada vez más envejecido, especialmente en las zonas rurales, enfrentándose así a fuertes desafíos no solo en la gestión de los cuidados o la promoción de la autonomía sino en la implementación de un modelo descentralizado e integrado en el entorno.

Sabemos que la capacidad de enfrentar la vejez con buena salud no es universal ni equitativa (Dahl y Birkelund, 1997). Si bien la edad puede ser un factor relacionado con el deterioro, el perfil del envejecimiento y calidad de vida está muy influenciado por determinantes sociales como el nivel de estudios, la etnia o la trayectoria laboral (Dahlgren y Whitehead, 1991). A modo de ejemplo muy clarificador, el indicador de la esperanza de vida guarda una estrecha relación con el sexo, la trayectoria vital de las personas y su nivel socioeconómico. Por un lado, según datos del INE (2018a), la esperanza de vida de mujeres alcanza los 86,2 años de media en España (87 años para Navarra) y 80,3 años en el caso de los hombres (81,3 para Navarra). Por otro lado, Wenau, Grigoriev y Shkolnikov (2019) apuntaban una esperanza de vida de hasta 5 años menos en pensionistas con pensiones bajas con respecto a aquellos con pensiones más altas. También los factores económicos son determinantes, según el estudio sobre Indicadores Urbanos del INE (2019) la diferencia en la esperanza de vida es de 6 años entre el municipio más rico de España (Pozuelo de Alarcón, Madrid) y el más pobre (La línea de la concepción, Cádiz). Igualmente, el nivel de estudios marca diferencias, promoviendo un incremento de 2,2 años en el caso de los hombres de estudios secundarios con respecto a los primarios y de 4,3 años en el caso de las mujeres (Martín, Domínguez y Bacigalupe, 2019). Ocurre algo similar con el impacto de las actividades vinculadas al género femenino, estudios como Ramón (2017), Rogero (2010) o Masanet y La Parra (2009) constatan cómo la asunción de tareas de cuidado incide en un empeoramiento de la salud en las mujeres, pero también en la capacidad de participación y de establecer relaciones de interdependencia.

Por tanto, el colectivo de personas mayores no solo presenta diferencias internas por razones de edad, sino que otros determinantes sociales marcarán buena parte de las trayectorias de envejecimiento. En términos de edad, con el incremento de la esperanza de vida, la población mayor de 80 años ha aumentado. Esta etapa, generalmente, requiere mayor intensidad en los cuidados y atenciones personales. Pese a que la aparición de enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad y dependencia que prevalecen en la población de edades avanzadas no conformen una nueva necesidad, la magnitud de personas con necesidades y la intensidad de los cuidados necesitados implican dos fuertes presiones para el sistema (Fuentes, Muyor y Galindo, 2010). Por otro lado, la condición socioeconómica también ofrece distintas oportunidades e intereses en la participación y ocio, no solo derivadas de la capacidad económica con la que se enfrenta la vejez, estrechamente vinculada al género, la trayectoria profesional de cotización, sino del nivel educativo o del lugar de residencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2008; Organización Mundial de la Salud, 2002; Martínez-López, Frutos y Solano, 2017).

Ante esta diversidad de perfiles, podríamos detectar dos grupos de personas mayores con necesidades muy distintas. Por un lado, aquellas personas con necesidades de cuidados permanentes. Por otro, las personas que tras la retirada del mundo laboral demandan acciones de participación, ocio o formación, entre otras, encaminadas a la activación y prevención de la dependencia. La heterogeneidad percibida en este grupo etario, en el que claramente se percibe una primera y una segunda edad, exige la revisión de las políticas y recursos de cuidados para una mayor adaptación y personalización a cada situación de necesidad. El aspecto más funcional de la atención a la dependencia (asistencia para las limitaciones de las actividades de la vida diaria) está presente en la mayoría de las agendas políticas de los países desarrollados. Por el contrario, las estrategias de activación para la prevención de la dependencia cuentan con una trayectoria más reducida.

Además del volumen del envejecimiento, sus repercusiones en el resto de los segmentos de la población y ámbitos de protección social supone un desafío importante para la organización social de cuidados. Buena parte de estos retos no vienen solo marcados por el aumento de las necesidades de cuidados en términos cuantitativos, sino por la capacidad de las familias de responder a ellos. En muchas de estas políticas subyace un contexto social muy distinto al actual. Las familias de hace unas décadas contaban con empleo estable que ofrecía cierta estabilidad económica en los hogares, pero sobre todo con un gran potencial integrador de las familias debido al trabajo de las mujeres en las tareas de cuidado y atención de menores y dependientes. Desde hace unos años se observa la presencia de *nuevos riesgos sociales* con la precarización de las condiciones laborales, el incremento de las necesidades de cuidados y con las transformaciones en las relaciones familiares motivada por nuevos modelos de convivencia, menor tamaño de los hogares o las migraciones familiares (Taylor-Gooby, 2004).

Por tanto, las políticas públicas de atención a los cuidados se enfrentan a un escenario distinto. En términos demográficos, el incremento de la esperanza de vida aumenta la población beneficiaria potencial de los cuidados. No obstante, la naturaleza de sus necesidades va a depender de su situación socioeconómica y trayectoria de envejecimiento, pero también de su propio deseo a decidir cómo y dónde ser cuidada. Cada vez son más comunes los deseos de vivir en casa, aun cuando las redes familiares se encuentran lejos; la presencia de procesos de envejecimiento más lentos y progresivos que no han requerido atenciones residenciales o la búsqueda de nuevas alternativas como las viviendas colaborativas. Estas y otras necesidades distan de patrones anteriores, por tanto, no solo requieren nuevas estructuras, sino un enfoque de atención más activo centrado en la persona (Rodríguez, 2012).

Hasta hace unos años, apenas se concebía la longevidad como una etapa llena de posibilidades. Las personas viven más tiempo y en mejores condiciones de vida. Este reconocimiento indaga en un significado de vejez que combate la discriminación etaria y pasiva de enfoques previos (Holstein, Parks y Waymack, 2010). La nueva realidad debe apostar porque las personas vivan, socialicen y contribuyan al bien común desde su habilidad, experiencia y conocimiento. Además de la independencia, la autonomía y la seguridad, las personas mayores experimentan otras necesidades entre las cuales se encuentran la pertenencia, la competencia y la relación social (Fernández y Ponce de León, 2013). Los proyectos existenciales positivos, las experiencias de envejecimiento activo y las estrategias comunitarias de aprendizaje y formación continua encajan en esa visión de capacidad y vitalidad. Por ello la revisión del sistema no solo requiere cambios en la estructura o la distribución de responsabilidades, sino que exige nuevos enfoques donde las personas cuidadas sean protagonistas de su propio proceso.

## LA PROVISIÓN PÚBLICA DE LOS CUIDADOS EN NAVARRA

Los seres humanos somos interdependientes, y por ello, es común recibir y desempeñar cuidados en el transcurso de la vida. Si bien los cuidados en la fase de la vejez requieren especial atención, el cuidado es universal e inevitable según las circunstancias del ciclo vital (Fantova, 2016). Los cuidados a lo largo de la vida se extienden desde la atención a las primeras necesidades básicas como a los procesos de socialización, desarrollo cognitivo y vinculación emocional (Ceri y Alamillo-Martínez, 2012). A pesar de que la atención a los cuidados cuenta con una presencia protagonista en las familias, participan también distintos actores en la provisión de cuidados. El análisis sobre la provisión mixta del bienestar, también denominada *Welfare Mix*, se extiende así al ámbito de los cuidados. Las necesidades se cubren a través de estrategias de complementariedad entre el ámbito familiar, sistema público, sector privado-mercantil, organización comunitaria y tercer sector (Martínez, 2019). Por ello, en función de la orientación, financiación, y gestión, se identifican diferentes modelos de cuidados de larga duración en Europa. Rodríguez y Marbán (2013) recogen, por ejemplo, cuatro modelos europeos, el modelo liberal, nórdico, corporativo y el mediterráneo, situando el modelo español entre los países del Sur de Europa. Igualmente, Zalakain (2017) presenta la tipología realizada por la Comisión Europea (2016), donde España es destacado como un país de inversión media, con un modelo de atención a los cuidados públicos con cobertura limitada que mantiene cierta orientación a los cuidados informales y prestaciones económicas elevadas.

En este sentido, el desarrollo de los Estados de Bienestar contribuyó a desfamiliarizar algunas funciones vinculadas al cuidado que protagonizaban las familias. En el ámbito de la tercera edad, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, supuso un avance incuestionable en términos de derecho y reparto de responsabilidades, otorgando un papel protagonista al Estado (Martínez y Pérez, 2018). Si bien su implementación implicó algunas dificultades que redujeron su impacto, dibujó un escenario distinto en la provisión del cuidado (Montserrat, 2013).

La Ley estableció distintos niveles de responsabilidad, distribuyendo competencias importantes a las comunidades autónomas y entidades locales en la gestión, implementación y financiación de los recursos públicos. Si bien es cierto que anteriormente las comunidades autónomas y los ayuntamientos habían desarrollado recursos de atención a la dependencia, el desarrollo de la ley de dependencia lo convirtió en derecho, contribuyendo a un mayor desarrollo del sistema que redujo parte de las diferencias territoriales.

El territorio navarro cuenta con un modelo de servicios sociales ampliamente descentralizado, que implica algunas fragmentaciones, pero que acerca los servicios públicos a las distintas zonas geográficas. Desde la Ley Foral 15/2006, los servicios sociales de Navarra contaron con una estructura de atención primaria integrada por cuatro programas: el Programa de Acogida y Orientación Social, que atiende a toda la población que solicite una primera intervención social; el Programa de Incorporación Social en Atención Primaria orientado a favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social; el Programa de Atención a la Infancia y Familia en Atención Primaria destinado a asegurar la promoción y protección de la infancia; el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia que atiende a las personas mayores para promover su autonomía, así como, posibilitar a las personas en situación de dependencia la permanencia en su medio habitual el máximo tiempo posible.

Esta estructura descentralizada se asienta en la filosofía de integrar el Sistema de Servicios Sociales en la comunidad, buscando superar un modelo de atención generalista previo que no lograba desarrollar una atención en el entorno adaptada a las necesidades de la población (Aguilar, 2014). La implementación de este modelo en Navarra, entre los años 2007 y 2008, coincidió con el impacto de la crisis económica y con las políticas de austeridad. Pero también con la extensión de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, aprobada en Madrid el mismo día que en Navarra se aprobaba esta nueva estructura de atención.

La implementación de ambas normativas en Navarra implicó cambios importantes tanto en la estructura como en el reconocimiento del derecho a los cuidados. Por un lado, la atención directa a la población mayor o con necesidades de cuidados se atribuyó a los servicios sociales de atención primaria. Esta gestión implicó también la estrecha colaboración con el sistema de salud en su dimensión más comunitaria. La perspectiva comunitaria propició algunas experiencias de trabajo en red no solo entre sistemas públicos, sino también con el tercer sector.

Por otro lado, también se dieron avances tanto en términos de derecho como en reconocimiento a la responsabilidad pública con el desarrollo de la Cartera de Servicios Sociales a través del Decreto Foral 69/2008, norma pionera y revisada el año 2018. En esta cartera se regularon los principales recursos de actuación en cada campo. El desarrollo de la cartera de servicios y prestaciones implicó cuatro avances importantes. En términos de derecho reconoció el acceso y la responsabilidad de los servicios públicos en el desarrollo de las distintas prestaciones. En términos de modelo marcó el enfoque y la filosofía del sistema, contribuyendo a la cohesión territorial. En su relación con la ciudadanía informó y desarrolló su derecho a la atención. Y en el nivel de intervención ofreció a las profesionales herramientas de trabajo necesarias para promover los cuidados en el domicilio. Por tanto, la cartera implicó un avance en el desarrollo del sistema de provisión de cuidados (Martínez y Sánchez, 2019). Para el ámbito de la atención a las personas mayores en el domicilio destacan: el servicio de reconocimiento de la situación de dependencia y de la asignación de prestaciones, el servicio de atención domiciliaria, el servicio de teleasistencia domiciliaria, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, el servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, y los servicios de atención diurna. Como puede comprobarse en el siguiente cuadro, cada recurso y prestación cuenta con requisitos de acceso, criterios de cofinanciación e intensidades de atención distintas.

**Tabla 1.** Resumen de las principales prestaciones de atención en el entorno comunitario en Navarra.

<b>Servicio de reconocimiento de la situación de dependencia y de la asignación de prestaciones (PIA)</b>		Garantizado Sin copago Ámbito de actuación: Zona Básica.
<b>Servicio de atención domiciliaria</b>	SAAD <sup>1</sup>	Garantizado Dirigido a personas en situación de dependencia Intensidad máxima: Grado I: 20h/mes - Grado II: 20h/mes - Grado III: 40h/mes Copago Ámbito de actuación: Zona Básica
	Municipal	No garantizado Dirigido a personas con dificultades de autovalimiento, riesgo o situación de dependencia Intensidad máxima de 2h/día Copago Ámbito de actuación: Zona Básica.
<b>Servicio de teleasistencia domiciliaria (SAAD)</b>		Garantizado Dirigido a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia, para las personas mayores de 65 años que viven solas, con otra persona mayor de 65 años o pasan la mayor parte del tiempo solas (además de personas con discapacidad superior al 33% y personas con trastorno mental grave con informe de necesidad por parte de su centro de salud mental) Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
<b>Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (SAAD)</b>		Garantizada Dirigida a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia atendidas en su domicilio por sus familiares en unas condiciones adecuadas Cuantía máxima: Grado I: 180€/mes - Grado II: 407,21€/mes - Grado III: 542,85€/mes Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
<b>Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia (SAAD)</b>		Garantizado Dirigido a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia Intensidad mínima: Grado I: 20h/mes - Grado II: 12h/mes - Grado III: 8h/mes Sin copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra

<sup>1</sup> La abreviatura SAAD corresponde al Sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

<b>Servicio de Atención diurna</b>	SAAD	Garantizado Dirigido a personas en situación de dependencia Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra
	Municipal	No garantizado Dirigido a personas mayores sin grado reconocido de dependencia Copago Ámbito de actuación: Comunidad Foral de Navarra

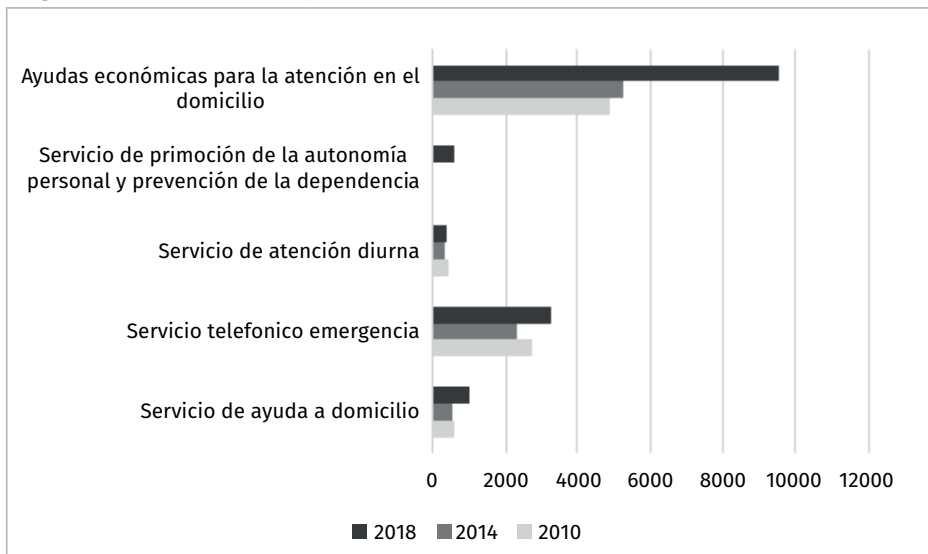
Fuente: Elaboración propia a partir de la cartera de Servicios Sociales de Navarra, regulada por el DF 69/2008 y DF 30/2019

El servicio de reconocimiento de la situación de dependencia y de la asignación de las prestaciones realiza la valoración y el diagnóstico social para reconocer la situación de dependencia. Además, se encarga de la programación individual de atención en el que se acuerda una serie de prestaciones y servicios para paliar las necesidades detectadas. Es un servicio básico de entrada al sistema de servicios sociales en el programa de promoción a la autonomía y atención a la dependencia. En el abanico de recursos ofertados para personas mayores en el entorno, se localizan cuatro servicios y una prestación económica. Para empezar, la teleasistencia es un servicio preventivo que facilita a la persona continuar en su hogar con la ayuda de un dispositivo de comunicación que le permite contactar con profesionales en situaciones de emergencia. En segundo lugar, el servicio de atención domiciliaria proporciona un conjunto de actuaciones profesionales, como el cuidado personal y cuidado del hogar, en el domicilio de la persona. Este recurso, que permite la permanencia de las personas en su entorno, se extiende en un servicio municipal y un servicio del sistema estatal de dependencia. Tal y como muestra la [tabla 1](#), los dos servicios ofrecen intensidades variables y se dirigen a perfiles diferentes. Lo mismo ocurre para el servicio de atención diurna, cuyo recurso brinda una atención integral durante el día de lunes a viernes en centros y propone diversas actividades de rehabilitación y socioculturales. Por otro lado, el Servicio garantizado y gratuito de promoción de la autonomía personal y prevención de la Dependencia engloba un conjunto de servicios como la habilitación y terapia ocupacional, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional y servicios de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales, que procura sostener la capacidad de elección y control de las personas sobre su día a día. Finalmente, la prestación económica para los cuidados familiares que compensa económicamente parte del esfuerzo de cuidado realizado por las familias para que las personas mayores puedan permanecer en su entorno.

En los últimos años, Navarra ha incrementado la inversión en recursos para la atención a las personas en situación de dependencia, apreciando un aumento de casi 7.500 en los últimos ocho años. Este incremento se desdobra en un 48% para los servicios y un 97% para las prestaciones económicas. Así, se ha alcanzado una ratio de 1,15 prestaciones por dependientes en el 2018. Respecto a la accesibilidad, entre el año 2017 y 2018, el tiempo medio de espera entre la solicitud y la valoración ha disminuido 3,3 meses ([ORS, 2019a](#)).

Los últimos datos disponibles cifran el conjunto de servicios de cercanía seleccionados, en un 72,5% ([ORS, 2019b](#)) del conjunto de prestaciones concedidas para la dependencia. Entre ellos se encuentran la prestación económica para cuidados en el entorno, la teleasistencia, el servicio de atención domiciliaria, el servicio de promoción de atención a la autonomía y prevención de la dependencia, y los centros de día. La [figura 2](#) clarifica el uso que se hace de cada uno de estos servicios y prestaciones.



**Figura 2.** Evolución de las prestaciones concedidas en Navarra del año 2010 al 2018.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de la Realidad Social de Navarra (2019).

Como se observa en los datos presentados, Navarra cuenta con un desarrollo elevado de servicios de atención a la dependencia. Desde el 2010 al 2018, los recursos clave para la gestión de los cuidados en el entorno concedidos han aumentado considerablemente. De la lectura del gráfico, cabe destacar tres apreciaciones: el notable incremento de los recursos en el entorno, la tendencia descendente del servicio de atención diurna, y el uso significativo de la prestación económica para los cuidados en el entorno familiar, cuya tasa que supera el 45% con respecto al total de servicios y prestaciones, evidencia las creencias familiares y la desprofesionalización del sector.

## METODOLOGÍA

La revisión en profundidad del actual modelo de cuidados en el entorno de Navarra requiere, como hemos visto hasta el momento, tener en cuenta las aportaciones y experiencias de los distintos actores implicados en su provisión y organización. Para ello, se ha realizado una investigación cualitativa con enfoque interpretativo basado en la teoría fundamentada *Grounded Theory*. La elección del método y enfoque se debe al objetivo del estudio, pues el análisis del discurso y la comparativa permiten abordar las limitaciones de los servicios, tanto desde el punto de vista de su utilización, como de la gestión (Páramo, 2015). La muestra seleccionada cuenta con un total de 45 testimonios. Por un lado, 35 profesionales del trabajo social de distintas zonas de Navarra. Por otro lado, 10 entrevistas en profundidad tanto de profesionales como de personas usuarias.

Las personas han sido seleccionadas como informantes cualificadas por su experiencia en la gestión, utilización y evaluación de los recursos públicos para la provisión de cuidados en el domicilio. La selección de la muestra ha seguido los siguientes criterios. Para la selección de profesionales, se ha valorado como elemento principal de selección la trayectoria profesional en el campo de la autonomía y la dependencia. Del mismo modo,

se han tomado en consideración otros factores como la experiencia en la coordinación de servicios. Además de ello, se ha tratado de garantizar cierta representatividad de las distintas zonas básicas de Navarra. En el caso de las personas usuarias, al criterio de utilización de los recursos, se ha añadido otro sociodemográfico como la edad para lograr una mayor diversidad en los testimonios recogidos. Por último, el estudio se ha centrado en un solo territorio, Navarra, pues el traspaso competencial de las políticas de cuidado a comunidades autónomas, provincias y municipios hace pertinente la realización de estos análisis a partir de un estudio de caso concreto.

**Tabla 2.** Ficha técnica de la metodología de investigación

<b>Tipo de investigación</b>		Metodología cualitativa con enfoque interpretativo basado en la teoría fundamentada
<b>Muestra</b>	Total	45 personas
	Grupo de discusión	35 trabajadores/as sociales responsables del programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia de Servicios Sociales de atención primaria en zonas básicas rurales y urbanas
	Entrevistas semi-estructuradas en profundidad	6 profesionales con experiencia de coordinación de servicio en zonas rurales y urbanas de Navarra  4 personas de más de 75 años, usuarias de recursos públicos para la provisión de cuidados en el entorno
<b>Categorías de análisis</b>		<p>ESTRUCTURA Y ATENCIÓN OFRECIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de atención</li> <li>Adaptación a las necesidades cambiantes</li> <li>Conexión con la comunidad</li> <li>Capacidad preventiva y de atención</li> <li>Coordinación con otros actores, proveedores o sistemas</li> </ul> <p>ATENCIÓN RECIBIDA Y VALORACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento y uso de recursos de cuidados en la comunidad</li> <li>Necesidades cubiertas y no cubiertas por los servicios de cuidado</li> <li>Satisfacción con el servicio</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

El proceso metodológico de este trabajo de investigación se ha sustentado en tres fases. En primer lugar, un análisis de los distintos recursos públicos desarrollados para la provisión pública de cuidados en el domicilio. En segundo lugar, se ha desarrollado un grupo de trabajo formado por 35 profesionales del Trabajo Social responsables del programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia de Servicios Sociales de atención primaria de Navarra. Estos profesionales atienden en las distintas zonas

básicas de la comunidad, rurales y urbanas. Finalmente se han desarrollado 10 entrevistas en profundidad semiestructuradas orientadas a identificar las limitaciones de los recursos públicos desarrollados, de las cuales 6 son profesionales y 4 personas usuarias. Todas las personas profesionales entrevistadas profesionales desarrollan un puesto de coordinación de servicio en distintas zonas urbanas y rurales de Navarra, por lo que se han seleccionado como informantes clave. En el caso de las personas usuarias contamos con 4 mujeres, todas ellas residentes en Pamplona, con edades comprendidas entre los 78 y los 87 años.

Con respecto a las preguntas de investigación realizadas, en el caso del grupo y de las entrevistas a profesionales, se ha abordado las oportunidades y limitaciones de la atención ofrecida en el entorno. En el caso de las entrevistas a personas usuarias, el contenido ha versado sobre los siguientes bloques: conocimiento de la cartera y de los recursos en el entorno comunitario, uso de servicios y/o prestaciones para la atención a dependencia y promoción de la autonomía, necesidades no cubiertas y satisfacción de la atención recibida.

El tratamiento de datos se ha desarrollado a partir de las siguientes categorías de análisis: la capacidad de los servicios de adecuarse a las necesidades de las personas y su carácter cambiante, la conexión con la comunidad, la capacidad preventiva, de atención y/o coordinación con los distintos actores, proveedores o sistemas. Para el análisis de los datos se han codificado los discursos a partir de estas mismas categorías.

## **¿CUIDAR EN CASA O EN LA COMUNIDAD?: LIMITACIONES EN EL MODELO PÚBLICO DE CUIDADOS EN EL ENTORNO**

El sistema público de servicios sociales ha vivido avances positivos en las últimas décadas, sobre todo en materia de reconocimiento de derechos y extensión de sus servicios. Las últimas reformas en la cartera y en la reorganización de la atención primaria en Navarra han implicado grandes esfuerzos que han contribuido a un mayor desarrollo del sistema. Aun así, el trabajo de campo realizado revela algunas limitaciones en el actual modelo de cuidados en el entorno. Las principales dificultades destacadas son cinco: (1) una estructura rígida e insuficiente, (2) la falta de adecuación, (3) la escasa vinculación con el entorno comunitario, (4) una atención preventiva limitada, y (5) la fragmentación administrativa.

En primer lugar, el campo constata que la actual atención de la atención primaria de Servicios Sociales resulta insuficiente. Como se vería en apartados anteriores, la última década se ha caracterizado en los servicios sociales públicos por el incremento de la demanda en el ámbito de la autonomía y la dependencia. Fundamentalmente han sido tres los factores que han contribuido: los cambios demográficos, las transformaciones familiares, y el reconocimiento del derecho a los cuidados en la ley de dependencia, que contribuyó no solo a la universalización, sino al conocimiento del derecho por la propia ciudadanía. Evidencia de ello es que la tasa de personas mayores de 65 años atendidas en el programa de acogida y orientación social, en la que se realiza una primera atención a las personas mayores que acceden al sistema, ha aumentado su tasa en un 2,29%, del 2014 al 2018 según datos del [Observatorio de la Realidad Social de Navarra \(2019b\)](#). El número de personas beneficiarias de prestaciones y servicios para personas mayores también ha aumentado en estos últimos años, beneficiándose un total de 1.985 personas más en el 2018. Paralelamente, si bien es cierto que los equipos mínimos financiados han aumentado considerablemente desde los años 2000, desde el año 2014 tan solo se percibe un aumento de un 0,01% en la ratio de trabajadores sociales a dedicación plena equivalente, lo que, a la luz de los resultados, se observa insuficiente: “Hemos visto un crecimiento exponencial de la demanda, pero con números, equipos y con metodologías de organización de hace 100 años” (E1, Responsable de Servicios Sociales en cabecera de comarca).

Tal y como señala el fragmento anterior, ello no solo ha implicado la constatación de recursos humanos y económicos insuficientes, sino que ha puesto de manifiesto la rigidez del propio sistema. En Navarra, la especialización de la atención primaria y la estanqueidad de los programas, a pesar de buscar un modelo descentralizado flexible, su respuesta no ha sido tan ágil como cabía esperar. Ello ha implicado retrasos y listas de espera que repercuten en una sobrecarga manifestada por los profesionales de atención primaria que asistieron al grupo de discusión.

Asimismo, el modelo ha experimentado dificultades para proveer atenciones más flexibles. Tomando como ejemplo la atención diurna, este recurso requiere un alto compromiso de asistencia. Determinadas personas entrevistadas expresan por tanto su desagrado y demandan la oferta de servicios más flexibles: “Me gustaría poder ir cuando quisiese, otros días quedarme en casa, hacer la compra o ver mis amigas. Pero eso de que sea todos los días, me quita las ganas” (E7, Mujer usuaria de 78 años del municipio de Pamplona).

Cabe remarcar que el uso del servicio remontó en el año 2015, coincidiendo con el momento en el que la normativa foral en materia de dependencia permite la compatibilidad entre diversos recursos, como es el caso del centro de día y la atención domiciliaria municipal. Aun así, es el servicio en el entorno que registra menor tasa de personas beneficiarias, lo que denota la limitada satisfacción de la población respecto a este recurso.

En segundo lugar, se detecta una baja adecuación del modelo ante la débil respuesta a necesidades emergentes. La rigidez del sistema afecta a la adaptación y ajuste de la atención a medida que se detectan nuevos riesgos sociales. La disposición estructurada y formal impide acceder a necesidades localizadas como los cuidados paliativos, de larga duración y aislamiento social que exigen mayor intensidad, flexibilidad, y personalización en la atención. En el caso de la atención domiciliaria, cuyo recurso presenta una cobertura razonable, algunas técnicas de servicios sociales evidencian la falta de atención a necesidades de apoyo afectivo y emocional: “Se estipulan tareas instrumentales pero la población demanda acompañamiento y afecto” (Grupo de discusión, Trabajadora social del programa de autonomía).

Su estricto horario de mañanas de lunes a viernes es el principal inconveniente para adecuarse a las necesidades específicas de cada persona. Se puede advertir que la eclosión de nuevos procesos de vulnerabilidad social está poniendo en cuestión la capacidad de obrar del sistema público (Zalakain, 2013). Por tal razón, los Servicios Sociales requieren adaptar sus intervenciones a las necesidades cambiantes de la población y de las personas a medida que avanza el proceso de envejecimiento.

Ante la limitación de los servicios profesionalizados, la retribución por los cuidados informales ha sido aprobada positivamente por las personas usuarias, si bien es cierto que continúa recayendo en la gestión de las familias. Del mismo modo que mostraba la figura 2, el grupo de discusión señala lo siguiente: “Las prestaciones económicas para los cuidados familiares es sin duda la prestación más utilizada por los usuarios en Navarra y estos datos implican que el sistema actualmente no deja profesionalizar el sector de los cuidados” (Grupo de discusión, Trabajadora social del programa de autonomía).

El uso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar revela tres ideas significativas. La primera de ellas es la familiarización de los cuidados y las creencias sobre la familia. A este propósito, las personas entrevistadas reafirman: “Yo no quiero que me cuide una desconocida, yo quiero que me cuide mi hija, que ella ya sabe cómo soy yo” (E9, Mujer usuaria de 85 años del municipio Pamplona).

La segunda apunta a la flexibilidad de la atención, ya que frecuentemente, la atención familiar no entiende de horarios. Esta circunstancia puede resultar favorable para sostener el conjunto de cuidados necesarios, pero paralelamente, puede suponer un riesgo para

la familia. La última idea alude a la ausencia de supervisión, formación, y mecanismos de control de la persona cuidadora que supone un obstáculo para garantizar la calidad de las intervenciones que se están llevando a cabo en estos numerosos hogares.

En tercer lugar, los resultados constatan otra dificultad vinculada a la limitada conexión entre la atención pública y el entorno comunitario. El análisis realizado evidencia que, si bien el conjunto de servicios ofertados trata de cuidar en el entorno más cercano, presentan limitaciones en su articulación comunitaria. Por ejemplo, pese a que los recursos se ubican en el mismo municipio, la atención diurna se presta en centros y la atención domiciliaria en el hogar, presentando ambos recursos una escasa relación entre el cuidado prestado y el entorno comunitario. En este sentido, resulta clave la incorporación de alianzas comunitarias que refuercen la relación con el medio (Pinzón et al., 2016).

Estrechamente relacionado, se identifica una cuarta limitación derivada de la constatación de un enfoque más paliativo que preventivo. En este campo destaca la teleasistencia domiciliaria, un recurso sencillo con una fuerte aprobación entre las personas mayores a pesar del copago. Los últimos datos del [Observatorio de la Realidad Social de Navarra \(2019b\)](#) destacan, de hecho, que el servicio de atención de emergencia representa un 17% del total de las prestaciones concedidas en el 2018. La teleasistencia es un servicio telefónico que procura proporcionar seguridad a las personas y reaccionar ante situaciones de emergencia o aislamiento. Este recurso es un medio importante para permitir el mantenimiento en el hogar gracias a su función proteccionista y de seguimiento tal y como señala el siguiente discurso:

Es verdad que no lo he utilizado nunca, pero está ahí, y pues me da seguridad la verdad, y me llaman de vez en cuando, cada quince días, me preguntan qué tal estoy. Yo que estoy sola, me da tranquilidad tener el botón si pasa cualquier cosa.  
(E8, Mujer usuaria de 87 años del municipio de Pamplona)

Sin embargo, este servicio, al igual que otros recursos, carece de una función preventiva real al no ofrecer una atención precoz que postergue la aparición de síntomas negativos en la dependencia. En este sentido, hace escasamente tres años, se impulsó el Servicio garantizado y gratuito de promoción de la autonomía personal y prevención de la Dependencia que engloba un conjunto de servicios para sostener la capacidad de elección y control de las personas sobre su día a día. Es un servicio que sale de la lógica asistencial y busca atender desde un enfoque preventivo y de empoderamiento. Pero su escaso desarrollo respecto a otros servicios se debe a su reciente implementación en el año 2016 y a su desconocimiento entre la población mayor, “No tenía ni idea de que se ofertaba este tipo de servicio, ¿dónde se puede preguntar por esto?” (E10, Mujer usuaria de 83 años del municipio de Pamplona).

No obstante, cabe destacar que, desde un principio, la tasa de personas beneficiarias de este servicio ha sido mayor que la de los centros de día. Esta misma tasa se ha cuadruplicado en el periodo de tres años, lo que evidencia el correcto funcionamiento del servicio y la satisfacción de las personas usuarias.

Por último, el campo evidencia la fragmentación administrativa como una gran complejidad en la atención desde el modelo de cuidados público. Si bien buena parte de los recursos se diseñan y financian desde los gobiernos regionales, las entidades locales tienen la capacidad de desarrollar otros como el SAD. Su resultado es una duplicación de recursos en algunas zonas, pero también una fuerte diversidad de atención. Recursos como la atención diurna o la atención a domicilio se desdoblán en servicios municipales y en servicios del SAAD, con diferentes criterios de accesibilidad, oferta y precios. Mientras que la atención domiciliaria del sistema de atención a la dependencia se presta con unas intensidades máximas variables según el grado de dependencia (20horas/mes para la dependencia moderada y severa, y 40horas/mes para la gran dependencia), el servicio municipal ofrece una intensidad máxima de dos horas diarias. La atención diurna del SAAD es un recurso garantizado y prestado a personas en situación de dependencia, mientras, el

recurso municipal no es garantizado, pero se presta a personas sin el grado de dependencia reconocido. Algunos profesionales destacan esta desalineación administrativa como una incongruencia: “Para mí, que trabajo en Servicios Sociales de atención primaria, eres dependiente hoy, para el Gobierno de Navarra y el Gobierno del Estado eres dependiente en 6 meses. Es una locura, es una aberración” (E5, Trabajador social de Servicios Sociales de atención primaria y responsable del programa de autonomía).

Teniendo en cuenta el conjunto de recursos, una notable dificultad en Navarra son las desigualdades territoriales. La financiación descentralizada de los servicios origina “*diferencias entre servicios tremendas y complicadas de manejar*”<sup>2</sup>, en el que la capacidad económica municipal al igual que la voluntad profesional influirán en el copago de la persona usuaria y ampliación de servicios, “Cada uno cobra lo que puede, se organiza como puede, o sea, hay una dispersión enorme, enorme” (E1, Responsable de Servicios Sociales en cabecera de comarca).

Resulta incongruente que, en un mismo territorio, dos municipios próximos concierten sumas diferentes de copago para un mismo servicio. Además, teniendo en cuenta la orografía del territorio, las zonas rurales con menor densidad poblacional contemplan algunas dificultades añadidas de transporte, estabilidad profesional y disponibilidad de servicios, que ponen en cuestión la calidad del sistema de cuidados. Las disparidades territoriales en cuanto a financiaciones y disponibilidad de recursos revelan, por tanto, una laguna importante en el modelo público de cuidados en el entorno.

El escenario de limitaciones y el cambio de necesidades exige la redefinición de muchos de estos recursos, así como, una adaptación asidua del programa individual de atención. Como señalan [Martínez Virto y Pérez Eransus \(2018\)](#) el mapa de recursos es amplio, pero fue diseñado sin una justificación previa de las necesidades del territorio, de la población y de los profesionales de los sistemas implicados. Sin olvidar las potencialidades y extensión de los recursos, que registran una cobertura razonablemente buena y reseñable, el estudio realizado vislumbra algunos desafíos para el sistema de cuidados en términos estructurales y de contenido, pero también orientado a superar las limitaciones detectadas.

## CON LO PÚBLICO EN LO COMÚN: PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN PÚBLICA CON LA COMUNIDAD

Los discursos tanto de usuarios como de los profesionales reclaman un modelo público que sea más ágil y opere bajo un enfoque claro comunitario, preventivo, integral y centrado en la persona. El análisis constata que la naturaleza de estos servicios permite cuidar en casa, pero muestra dificultades para conectar este cuidado con la comunidad. Si bien existe una fuerte responsabilidad pública en la atención a estas necesidades, la participación y las alianzas entre actores han contribuido en buena medida al crecimiento y avance de los territorios ([Martínez y Sánchez, 2019](#)). El campo realizado y los nuevos enfoques reclaman un papel activo de la población atendida y su entorno. El resultado sería una apuesta democrática en la que la provisión mixta de los cuidados requiere alianzas y estrategias colaborativas ([Jabbaz, 2014](#)). Esta fórmula de “gobernanza colaborativa” como apuntan [Ferran, Guinot y Berasategui \(2019\)](#), nace desde el convencimiento de que los retos actuales son complejos y deben ser abordados en colectivo.

De este modo, para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades emergentes y variables de las personas mayores, es necesario coordinar e integrar los diferentes proveedores como parte del equipo de atención, incluyendo el sector informal y los agentes

<sup>2</sup> Fragmento literal obtenido de la E2, profesional con cargo de dirección autonómica.

comunitarios (Bennett, Honeyman y Bottery, 2018). De hecho, la capacidad de inclusión de la comunidad en la provisión de los cuidados supera la acción del sistema público (Bassetti, 2018). La comunidad es un espacio de intervención estratégico donde hay interacción, participación de distintos actores y se desarrollan dinámicas recíprocas de acompañamiento y apoyo social. Estos ingredientes resultan claves para combatir el aislamiento social y la soledad. Igualmente, la comunidad es un espacio de convivencia cotidiano, que contribuye al sostenimiento de la vida diaria (Martínez, 2019). En este sentido se convierte en un espacio protagonista para la interlocución de las políticas públicas con la población. Así mismo, recientes estudios apuntan conclusiones similares incluso en contextos muy distintos (Porteny et al., 2020; Odzakovic et al., 2019), evidenciando cómo las redes comunitarias pueden contribuir a entornos de cuidado más inclusivos y amables.

Frente al escenario de provisión mixta de los cuidados, el sector público puede contribuir al equilibrio entre los distintos actores. El sistema público, además de conocer la demanda y las necesidades, cuenta con herramientas, recursos técnicos y materiales. Si bien ello depende del nivel de desarrollo de estas políticas en cada territorio, el derecho subjetivo de la ciudadanía a ser cuidada exige estos componentes. Durante décadas los servicios sociales públicos de atención primaria han recibido el encargo público de contribuir al cuidado en el domicilio. Del mismo modo, cuentan con experiencia en metodologías coordinadas de gestión de casos como el trabajo en red. Es por ello que pueden contribuir técnicamente a la promoción, acompañamiento y sostenimiento de las redes. Por consiguiente, la capacidad técnica del sistema público puede ser un aliado clave en este entramado de provisión de cuidados desde lo público y lo común.

La promoción comunitaria y la activación de redes es parte del encargo que reciben los servicios sociales de atención primaria. Su presencia es clave no solo para la articulación de un modelo de cuidados más integral, sino para la promoción de la infancia, la convivencia o la prevención de la exclusión social. Por tanto, la presencia de este encargo también puede aportar recursos tanto para la activación, como para la financiación de las redes y sus actividades. La pervivencia de las redes y la captación de personas voluntarias requerirá personal técnico que contribuya a la planificación y la formación. Muchas de las redes pueden contar con recursos propios, pero en caso contrario, los recursos técnicos del sistema público podrían también aportar en el campo de la formación. Además, los servicios públicos cuentan con técnicas de atención con conocimiento teórico y práctico en la planificación y evaluación de las acciones. Ambos aspectos son factores determinantes para cualquier innovación en la atención social. Por tanto, junto con el desarrollo comunitario, el sistema público tiene también la misión de liderar y apoyar experiencias de colaboración y cooperación para afrontar los nuevos retos.

## CONCLUSIONES

Los cuidados son indispensables para construir territorios y sociedades que resistan a cambios y transformaciones. Por ello, los cuidados son objeto de las políticas públicas, pero también de otros proveedores como la familia, la comunidad e incluso el mercado. Cuidar en la comunidad es un encargo que reciben los servicios sociales públicos de atención primaria. Antes de la ley de dependencia, los servicios sociales de atención primaria habían ido respondiendo a los cuidados de personas mayores con recursos novedosos que respondían a la necesidad de ser cuidada y al deseo de continuar viviendo en su entorno y comunidad. Muchos de estos recursos perviven (atención domiciliaria, teleasistencia, etc.) y han jugado un papel clave en el cuidado de las personas.

Los sistemas públicos de salud y pensiones han contribuido en el aumento de la esperanza de vida. Vivimos más y con mayor calidad de vida. Ello ha implicado un cambio también en las necesidades y deseos de cuidados, que a su vez demanda avanzar hacia un enfoque más innovador en la atención a las personas mayores. Las nuevas tendencias de cuidado hablan de un descenso de las atenciones hospitalarias de larga estancia, de un incremento de fórmulas de cuidado colaborativas, de estrategias colectivas para el cuidado en red, de vías de envejecimiento activo o de alternativas al sistema residencial tradicional. Por tanto, las nuevas orientaciones acercan los cuidados cada vez más al espacio social, y no solo al sanitario, evidenciando la necesidad de trabajar en red. Todo ello implica un enfoque distinto donde las personas y sus comunidades tomen un papel activo en la búsqueda de soluciones conjuntas para necesidades colectivas.

El trabajo de campo realizado dibuja un modelo público de cuidados basado en recursos de atención en el entorno que presenta algunas limitaciones. Destacan servicios como la atención domiciliaria, la teleasistencia o las prestaciones económicas para el cuidado personal. Sin embargo, si bien todos ellos han contribuido a construir un sistema de atención pública más accesible y con una mayor cobertura, su alcance presenta importantes barreras a superar.

Por un lado, es un modelo rígido e insuficiente que presenta dificultades para dar cobertura al conjunto de la población. Por otro lado, presenta una limitada capacidad de flexibilizar su atención de manera ágil y, de esa forma, adecuarse a las nuevas necesidades emergentes como las carencias afectivas y emocionales.

Ante esta cuestión, las nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados constituyen herramientas importantes tanto de promoción de la autonomía como de atención a los cuidados con entornos más accesibles y seguros (Barroso, Cabero y Romero, 2002). Estudios recientes apuntan que las personas mayores muestran una actitud abierta para el aprendizaje de estas nuevas herramientas de comunicación y que su utilización se ha demostrado clave para el contacto con las redes o la lucha contra la soledad (Neves y Amaro, 2012; Cotten, Anderson y McCullough, 2013).

Además, el campo detecta otras dos limitaciones relacionadas con su enfoque, pues se mantiene una cartera de servicios destinada, preferentemente, a las personas en situación de dependencia, presentando una escasa atención preventiva. Igualmente, a pesar de constituir servicios desarrollados en el hogar de las personas, mantienen una limitada conexión con la comunidad. En este sentido, la activación de las redes y las alianzas de intervención con otros proveedores pueden contribuir a ganar eficiencia en la red pública de servicios de cuidado. Por último, los resultados obtenidos también dibujan un sistema que mantiene cierta fragmentación y desigualdad en la atención. A pesar de los esfuerzos de algunos territorios en avanzar en una legislación compartida, la competencia municipal en servicios como la atención domiciliaria continúan implicando fuertes diferencias en la cobertura, ratios, intensidad de la atención, copago, tareas y gestión de personal.

Todas estas limitaciones emergen en los discursos de las personas entrevistadas, gestoras o usuarias, pero también en momentos de crisis y emergencia social. La crisis sanitaria del COVID-19 ha constatado la capacidad de atención de estos servicios en el entorno, pero también sus limitaciones. Ante ello, la emergencia de redes y estructuras de apoyo comunitario han resultado fundamentales para una atención adaptada y conectada con la comunidad, poniendo de manifiesto las potencialidades de la alianza del modelo público y la provisión comunitaria.

Por ello, la comunidad y lo colectivo entran con fuerza a la gestión de los cuidados, pero ello no implica un repliegue de las fórmulas públicas de cuidado en la comunidad, más bien al contrario. Los servicios sociales cuentan con experiencia técnica para promover,



apoyar y acompañar a las redes comunitarias para su sostenimiento económico, técnico y metodológico. Del mismo modo, las redes contribuyen a construir territorios sostenibles donde incrementar la eficiencia e impacto de las políticas públicas. Por tanto, las estrategias colaborativas entre los distintos actores de provisión se perfilan como la clave para la gestión de los cuidados en la comunidad.

Las alianzas entre los servicios sociales públicos, entidades sociales y las redes comunitarias ya cuentan con resultados de interés en ciudades y zonas rurales, evidenciando que las necesidades actuales de cuidados requieren fórmulas de gestión y provisión colaborativas y participativas entre los distintos actores implicados y con ello construir un modelo de cuidados con más ciudadanía.

## FINANCIACIÓN

Esta investigación ha sido realizada con apoyo del proyecto “Cuidados en el ámbito comunitario. Experiencias prácticas y vínculos para el sostenimiento de la vida en España y América Latina” (CSO2016-77960-R) Financiado por el Programa Estatal de investigación, desarrollo e innovación orientada a los retos de la sociedad 2016.

## REFERENCIAS

- Aguilar Hendrickson, M. (2014). Hacia un replanteamiento de los servicios sociales en España. *Documentación social*, 175, 35-64.
- Barroso, J., Cabero, J. y Romero, R. (2002). Las personas mayores y las nuevas tecnologías. Una acción en la sociedad en la información. *Innovación educativa*, 12, 319-337.
- Bassetti, C. (2018). The Commonfare Project. Designing to Support Grassroots Welfare Initiatives. *Digicult, Scientific Journal on Digital Cultures*, 3(1), 31-40.
- Bennett, L., Honeyman, M. y Bottery, S. (2018). *New models of home care*. NewYork: The King's Fund.
- Cerri, C. y Alamillo-Martínez, L. (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, 28(2). <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.23793>
- Comisión Europea. (2016). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability (Institutional papers 37, Volume 1)*. Brussels: Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee. <http://dx.doi.org/10.2765/680422>
- Cotten, S.R., Anderson, W.A. y McCullough, B.M. (2013). Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.2306>
- Dahl, E. y Birkelund, G.E. (1997). Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science & Medicine*, 44(6), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00189-X)
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

- Fantova, F. (2016). Crisis de los cuidados y servicios sociales. *Zerbitzuan*, 60, 47-62. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.04>
- Fernández García, T. y Ponce de León Romero, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13(1), 87-97.
- Ferran Zubillaga, A., Guinot Viciano y C., Berasategui Otegui, A. (2019). *Gobernanza colaborativa para la inclusión social. Una experiencia de investigación y acción participativa*. Madrid: Catarata.
- Fuentes Gutiérrez, V., Muyor Rodríguez, J. y Galindo Romero, Z. (2010). El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la Ley de Dependencia. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, (17). 83-102. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2010.17.05>
- Gobierno de Navarra. (2006). Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855>
- Gobierno de Navarra. (2008). Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29663>
- Herce, J.A. (2017). *La longevidad y el greynty boom* (Documento de Trabajo, 20/2017). Madrid: Instituto de Pensiones BBVA.
- Holstein, M.B., Parks, J.A. y Waymack, M.H. (2010). *Ethics, aging, and society. The critical turn*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Instituto de Estadística de Navarra –Nastat. (2018). *Población y demografía*. <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=1>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2008). *La participación social de las Personas Mayores (Informe 11005)*. Madrid: Colección Estudios Serie Personas Mayores.
- Instituto Nacional de Estadística –INE. (2018a). *Indicadores de mortalidad*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1153&capsel=1153>
- Instituto Nacional de Estadística –INE. (2018b). *Estadística del Padrón Continuo*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/l0/&file=0ccaa003.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística –INE. (2018c). *Indicadores de Estructura de la Población*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3198&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística –INE. (2019). *Indicadores urbanos, Edición 2019*. [Notas de prensa]. [https://www.ine.es/prensa/ua\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/ua_2019.pdf)
- Jabbaz, M. (2014). La variedad de políticas de servicios sociales municipales: articulación institucional y comunitaria. *Revista Española de Sociología*, 22, 27-49.
- Jefatura del Estado de España. (2006). Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Martín, U., Domínguez Rodríguez, A. y Bacigalupe, A. (2019). Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 82-84. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010>

- Martínez Buján, R. (2019). Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones. *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, 44, 111-124.
- Martínez-López, J.A., Frutos, L. y Solano, J.C. (2017). Los usos de las prestaciones económicas de la dependencia en el municipio de Murcia. Un estudio de caso. *Revista Española de Sociología*, 26 (3 Supl.), 97-113. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2017.37>
- Martínez Virto, L. y Pérez Eransus, B. (2018). El modelo de atención primaria de Servicios Sociales a debate: Dilemas y reflexiones profesionales a partir del caso de Navarra. *Cuadernos de trabajo social*, 31(2), 333-343. <https://doi.org/10.5209/CUTS.55168>
- Martínez Virto, L. y Sánchez Salmerón, V. (2019). Regional inclusion policies in Spain: new approaches and keys to their effectiveness. *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, 44, 17-28.
- Masanet, E. y La Parra, D. (2009). Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *Revista Española de Sociología*, 11, 13-31.
- Montserrat, J. (2013). La ley de dependencia en caída libre. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2, 62-64.
- Neves, B. y Amaro, F. (2012). Too Old For Technology? How The Elderly Of Lisbon Use And Perceive ICT. *The Journal of Community Informatics*, 8(1). <https://doi.org/10.15353/joci.v8i1.3061>
- Observatorio de la Realidad Social –ORS. (2019a). *Balance de la Dependencia en Navarra 2018*. Navarra: Departamento de Derechos Sociales.
- Observatorio de la Realidad Social –ORS. (2019b). *Personas mayores. Evolución por prestación y servicio*. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-y-prestaciones/ind-24/>
- Odzakovic, E., Hydén, L.C., Festin, K. y Kullberg, A. (2019). People diagnosed with dementia in Sweden: What type of home care services and housing are they granted? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 229-239. <https://doi.org/10.1177/1403494818755600>
- Oficina Europea de Estadística. (2019). *Population (demography, migration and projections)*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics%20explained/index.php?title=People\\_in\\_the\\_EU\\_-\\_population\\_projections#Population\\_projections](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics%20explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_population_projections#Population_projections)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Páramo Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 39, 119-146. <https://doi.org/10.14482/page.39.8439>
- Pinzón, S., Alonso, F., Torró, C., Raposo, M.F. y Morilla, J.C. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enfermería Clínica*, 26(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.002>
- Porteny, T., Alegría, M., Del Cueto, P., Fuentes, L., Markle, S.L., NeMoyer, A. y Pérez, G.K. (2020). Barriers and strategies for implementing community-based interventions with minority elders: positive minds-strong bodies. *Implementation Science Communication*, 1(41). <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00034-4>

- Ramón, E. (2017). Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente. Estudio de las desigualdades de género. *Cuidando la salud: revista científica de enfermería*, 14, 5-24.
- Rodríguez, G. y Marbán, V. (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En E. Del Pino y M.J. Rubio (eds.), *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, (pp. 237-261). Madrid: Editorial Tecnos.
- Rodríguez, P. (2012). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. En J. López y C. Noriega (eds.), *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*, (pp.187-214). España: Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO.
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/019926726X.001.0001>
- Wenau, G., Grigoriev, P. y Shkolnikov, V. (2019). Socioeconomic disparities in life expectancy gains among retired German men, 1997–2016. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73, 605-611. <https://jech.bmj.com/content/73/7/605>
- Zalakain, J. (2013). Tendencias y prácticas innovadoras en inclusión social. Perspectiva internacional. *Lan Harremanak*, 29(2), 175-216.
- Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos. *Revista de Derecho Social y de Empresa*, 8, 1-21.