

ZERBITZUAN

83

5 ENVEJECER EN EL HOGAR: ECOSISTEMAS DE CUIDADO DE ORIENTACIÓN LOCAL Y COMUNITARIA **19** EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PASAIA ZAINZA HERRILAB PARA EL DESARROLLO DE UN ECOSISTEMA LOCAL DE CUIDADOS EN EL MUNICIPIO DE PASAIA (GIPUZKOA) **39** SOLAS ANTE EL CUIDADO. LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES QUE CUIDAN DE UN FAMILIAR CON DEMENCIA Y LA SOLEDAD QUE LAS ACOMPAÑA **53** INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DE ÁLAVA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO **73** EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE POBREZA/BIENESTAR EN ESPAÑA ENTRE 2008 Y 2023: APLICACIÓN DEL MÉTODO EPDS **91** LA INTEGRACIÓN EN UNA EUSKADI DIVERSA: USO DEL MIPEX-R PARA EVALUAR LAS POLÍTICAS VASCAS **105** JOKABIDE SUIZIDA ETA NAHITA EGINDAKO AUTOLESIOAK: ESPAINIAKO GAZTEEN EGOITZA-HARRERARAKO ERRONKA HANDIA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA
DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
IRAILA · SEPTIEMBRE 2024



Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei —profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, boluntario eta erabiltzaileei—, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidan. Lau hilez behingo aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoa.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito —profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as— y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzi propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA ■ PRODUCE
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.sois.net
publicaciones@sois.net

Tirada: 750 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Ongizate, Gazteria eta Erronka Demografikoaren Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Bienestar, Juventud y
Reto Demográfico

DISEINUA ■ DISEÑO
Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA ■ MAQUETACIÓN
Concetta Probanza

INPRIMATZEA ■ IMPRESIÓN
Gráficas Irudi S.L.

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.83>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginiko aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak aipatzen direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan zerrendatuta dago:
Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, Dulcinea, Ebsco, Inguma, ÍndICES CSIC, Journal Scholar Metrics, Latindex (directorio), MIAR, Scilit, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

Artikuluak Artículos

5

Envejecer en el hogar: ecosistemas de cuidado de orientación local y comunitaria

Dolors Comas-d'Argemir

19

Evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en el municipio de Pasaia (Gipuzkoa)

Matxalen Legarreta-Iza

Elena Martínez-Tola

Unai Villena-Camarero

Amaia Altuzarra-Artola

39

Solas ante el cuidado. Las vivencias de las mujeres que cuidan de un familiar con demencia y la soledad que las acompaña

Sacramento Pinazo-Hernandis

Amaia Arregi-Amas

53

Indicadores para medir la calidad de la atención en los centros residenciales para personas mayores de Álava. Resultados de un estudio piloto

Madalen Saizarbitoria

Patricia Andrés

Iñaki Artaza

Roberto Aguirre

73

Evolución de los indicadores de pobreza/ bienestar en España entre 2008 y 2023: aplicación del método EPDS

Luis Sanzo González

91

La integración en una Euskadi diversa: uso del MIPEX-R para evaluar las políticas vascas

José Antonio de Oleaga Páramo

Irene Ruiz Ciarreta

105

Jokabide suizida eta nahita egindako autolesioak: Espainiako gazteen egoitza-harrerarako erronka handia

Alexander Muela

Jon García-Ormaza

Eneko Sansinenea

Envejecer en el hogar: ecosistemas de cuidado de orientación local y comunitaria

Dolors Comas-d'Argemir

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili
dolors.comasdargemir@urv.cat

COVID-19aren pandemiaren ondoren, iraupen luzeko zainketen eredu birplanteatu da, laguntzak eta zaintzak behar dituzten adinekoek etxean jarraitu ahal izatea lehenesten duena eta zaintza pertsonalizatuaren eta ikuspegi komunitarioaren alde egiten duena. Artikuluan egun Espainian etxeetako zaintza zein baldintzatan antolatzen den aztertzen da, tokikotasuna eta komunitatea oinarri duen eredu ekosistemikoarekin alderatzeko. Ondorio gisa, zainketa-eredu berri horren erronketako batzuk planteatzen dira, printzipio horiekin lan egiten duten ekimenen adibideekin.

Gako-hitzak:

Zainketen tokiko ekosistemak, zaintzaren pertsonalizazioa, desinstituzionalizazioa, etxeko zaintza.

Después de la pandemia de la covid-19, ha habido un replanteamiento del modelo de cuidados de larga duración, que prioriza que las personas mayores que necesitan apoyos y cuidados puedan permanecer en su hogar y que aboga por un cuidado personalizado y con un enfoque comunitario. El artículo analiza en qué condiciones se organiza hoy en España el cuidado en los hogares, para contrastarlo con un modelo ecosistémico, de base local y comunitaria. Plantea como conclusiones algunos de los retos de este nuevo modelo de cuidados, con ejemplos de iniciativas que trabajan con estos principios.

Palabras clave:

Ecosistemas locales de cuidado, personalización del cuidado, desinstitucionalización, cuidados en el hogar.

1. Introducción

La crisis sanitaria generada por la covid-19 ha precipitado los debates acerca de la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados de larga duración. Hace ya años que, en todos los países europeos, se estaba transitando hacia modelos de atención domiciliaria y comunitaria, en detrimento de la institucionalización en residencias, que se reservaría solo para situaciones de dependencia severa (Rodríguez Cabrero, 2011, 2019). En España, se ha abordado esta cuestión recientemente, en un contexto donde predomina la atención familiar en los cuidados y en el que las políticas públicas han propiciado más los servicios residenciales que los destinados a la atención domiciliaria.

Esto ha generado una contradicción evidente y una espiral perversa. Se ha mostrado ampliamente que las residencias tradicionales, infrafinanciadas y organizadas según un modelo hotelero-hospitalario, han fracasado (Sancho y Martínez, 2021; Comas-d'Argemir *et al.*, 2022). La insistencia de la población española en querer envejecer en el hogar es una cuestión cultural (Soronellas y Jabbaz, 2022), pero también tiene que ver con el rechazo a un modelo residencial que limita la autonomía personal y a menudo aleja la persona de su entorno comunitario¹. Y aquí radica la contradicción, pues la falta de recursos para permanecer en el hogar cuando se necesitan cuidados aboca a una institucionalización no deseada. Así lo han denunciado las personas con diversidad funcional. Y así lo sufren las personas mayores en situación de dependencia. El término de "claudicación familiar", que frecuentemente se utiliza en el contexto sanitario, expresa la tensión y el malestar de las familias ante una decisión que no satisface y que frecuentemente se vive como un duelo. Pero expresa también el fuerte mandato cultural de que es la familia quien ha de hacerse cargo de los cuidados y que falla en esta misión cuando se ha de recurrir a la institucionalización.

El reto actual es cómo organizar los cuidados para que se prodiguen de forma personalizada, que permitan permanecer en el hogar, eviten o retrasen la institucionalización en residencias y no supongan una refamiliarización del cuidado. Se trata de abordar este reto desde el enfoque de los derechos humanos y de reorganizar los cuidados para que respeten los derechos de las personas mayores y atiendan sus necesidades y preferencias. Añadimos, además, la necesidad de una financiación adecuada y de unas políticas públicas robustas, con perspectiva de género, que permitan garantizar el derecho al cuidado.

¹ La encuesta llevada a cabo por el Imserso en 2010 (Díaz Martín, 2012), indica que el 87% de las personas encuestadas manifiestan claramente su deseo de envejecer en casa y con la familia. Según una consulta representativa a la población española sobre desinstitucionalización (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023), los domicilios particulares y las viviendas incluidas en la comunidad son consideradas como preferentes por una amplia mayoría de las personas encuestadas (un 82% para las personas mayores y un 75% para las personas con discapacidad).

Este cambio de modelo supone un giro muy importante respecto a la situación actual, pues sitúa la persona y sus necesidades en el eje del sistema y obliga a una coordinación de los servicios sociales y sanitarios, y a una colaboración entre los distintos agentes implicados en el cuidado. Supone también la formación y capacitación de las profesionales del cuidado para incrementar sus conocimientos y competencias y asegurar un cuidado de calidad (Comisión Europea, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2023).

La tendencia actual es abogar por un modelo de cuidados ecosistémico, de base local y comunitaria. El objetivo es ampliar y reforzar los servicios de cuidado de proximidad que permiten permanecer en el hogar cuando se necesitan apoyos y cuidados (teleasistencia, centros de día, asistencia domiciliaria, asistencia personal, servicios de respiro). Es un modelo ecosistémico en el que se conectan los distintos agentes que intervienen en el cuidado, tal como señalan Pura Díaz-Veiga y Mayte Sancho (2022) en un artículo en el que plantean la reformulación de los cuidados de larga duración. Se trata de que, en ámbitos territoriales relativamente reducidos, haya todos los servicios de cuidado que la persona necesita y que estén coordinados entre sí, con el objetivo de que las personas mayores puedan permanecer en su domicilio y en su entorno comunitario. Este concepto puede tener diversas denominaciones, como cuidados de base local y comunitaria, sistemas integrales de cuidado en el hogar o ecosistemas locales de cuidado. Esta última denominación es la que se ha adoptado en las experiencias de catorce municipios del territorio histórico de Gipuzkoa, respaldadas por el Gobierno Vasco².

2. Transformar un modelo de cuidados de larga duración insuficiente, insatisfactorio e injusto

La pandemia irrumpió en plena crisis de los cuidados. Mostró con toda clarividencia que las personas mayores no se priorizaron en el inicio. Hubo discordancias políticas, errores de gestión, lentitud en proporcionar equipos de protección y restricción del acceso hospitalario de quienes procedían de centros geriátricos. Se pudo comprobar que los servicios destinados a las personas mayores no eran satisfactorios, que las profesionales del sector no tenían buena preparación, que las plantillas eran insuficientes y que la infrafinanciación, junto con el afán de lucro, predominaban en el sector (Del Pino *et al.*, 2020; SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2020; Costa Font *et al.*, 2021; Rico, 2021; Comas-d'Argemir *et al.*, 2022). Muchas personas murieron solas, con el sufrimiento y dolor de sus familiares. En la práctica, se vulneraron los derechos y la dignidad de las personas mayores.

² Véanse el artículo de Legarreta-Iza *et al.*, que se publica en este mismo número de *Zerbitzuan* (pp. 19-38), así como los de Barañano-Urbarri *et al.* (en prensa) y Legarreta-Iza *et al.* (en prensa).

Hay que reconocer que hubo también reacciones en positivo. Progresivamente, se fueron suministrando equipos de protección y pruebas diagnósticas. Cuando hubo la posibilidad de comprar vacunas, se aplicaron con prioridad a las personas mayores de los centros residenciales. Se contuvo la infección, se redujeron los contagios, pero no la aflicción ni el malestar. No estábamos preparados para afrontar una pandemia, pero es evidente que el modelo de cuidados de larga duración se mostró estructuralmente deficiente, insatisfactorio e injusto. Ese fue el resultado de unas políticas públicas débiles y de un desequilibrio en el reparto de cuidados:

- **Unas políticas públicas débiles**

En 2006, se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que ha tenido muchas dificultades en su aplicación, además de haber sufrido serios recortes presupuestarios durante los años de crisis económica (Deusdad *et al.*, 2016; Rodríguez Cabrero y Marbán, 2022). La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2023) ofrece un panorama claro de la insuficiencia de recursos en la aplicación de la ley. Es significativo el elevado número de personas desatendidas en el año 2022: 309 000 (171 423 con derechos reconocidos de prestación, pero sin atención, a las que hay que sumar 131 810 pendientes de valoración), y esto a pesar de haberse aplicado el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, que permitió disminuir las listas de espera, pero cuyos efectos se han visto mitigados por la entrada constante de nuevas personas en el sistema. El tiempo de tramitación es de 344 días y durante 2022 fallecieron 45 360 personas en las listas de espera. Además, los servicios y prestaciones constituyen un complemento de lo que hacen las familias, no una sustitución, excepto en los casos de pobreza extrema. Es significativo, por ejemplo, que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores (PECEF), sea la que cuenta con más beneficiarios del sistema (582 299, a 31 de mayo de 2024) (Imsero, 2024) y representa casi una tercera parte del total de prestaciones concedidas, a pesar de que se considera de carácter excepcional y solo atribuible cuando se carece de recursos públicos (Real Decreto 675/2023: art. 12). La cuantía de esta prestación (después de haberse incrementado respecto a los importes fijados en el decreto de 2013) se fija en 180, 315,90 y 455,40 euros, para atender respectivamente los grados I, II y III de dependencia. Son prestaciones muy inferiores a las de la asistencia personal (que se fijan en 313,50 euros para el grado I, y en 747,25 euros para los grados II y III). Es importante remarcar esa diferencia, porque la PECEF no tiene en cuenta que la dedicación en horas de las cuidadoras familiares puede estar muy por encima de las que aporta la asistencia personal, por lo que, de hecho, el Estado recurre en la práctica al altruismo

obligatorio que está presente en el cuidado familiar.

- **Desequilibrios en el reparto de los cuidados**

Las injusticias de género están presentes en los cuidados, en intersección con otras formas de discriminación (como la raza o la etnia o la identidad de género). Los cuidados atraviesan las vidas de las mujeres y condicionan su participación social, laboral, política. Cuidar empobrece, porque las mujeres se ven obligadas a dejar trabajos o a tomarlos a tiempo parcial, y esto repercute en unos ingresos bajos y en unas pensiones de jubilación bajas. La pobreza es femenina, especialmente cuando se trata de personas mayores. El cuidado familiar, que parecía gratuito, tiene unos costos importantísimos. Se estima que los cuidados informales representan el 2,5 % del PIB en la Unión Europea, que es una cifra superior al gasto público de los Estados en cuidados de larga duración, que solo alcanza un 1,7 % del PIB, como promedio (Comisión Europea, 2022). Son, pues, las mujeres principalmente quienes aportan gratuitamente un esfuerzo de elevado valor económico y social, que repercute negativamente en sus trayectorias laborales, en sus ingresos y en su salud. Son mujeres también las que predominan en los trabajos remunerados de cuidados, que están fuertemente feminizados. Las mujeres ocupan más del 90 % de los empleos en el sector de los cuidados, y en el servicio doméstico, las trabajadoras suponen el 98,3 %. La segmentación según origen étnico es también importante: son personas migrantes el 25,6 % de las auxiliares de enfermería, el 49,2 % de las cuidadoras a domicilio y el 62,2 % de las empleadas de hogar (Martínez-Buján *et al.*, 2022). Los empleos de cuidados se caracterizan por su precarización, escasa profesionalización y poco reconocimiento social (Recio *et al.*, 2015). Abundan los contratos temporales y a tiempo parcial, y, en el caso del servicio doméstico, hay una elevada tolerancia del trabajo sumergido. Estas condiciones generan una elevada rotación en los empleos y la fuga hacia otros sectores.

Los cuidados se asientan también en injusticias sociales. Hay desigualdades en salud, y las personas más vulnerables socialmente envejecen en peores condiciones de salud y tienen menos recursos para poder afrontar las necesidades de cuidado, por lo que las mujeres de estas familias son quienes, con mayor probabilidad, se ven abocadas a dejar sus empleos o a reducir sus horas de trabajo para poder cuidar. Según la ley inversa de cuidados, quienes tienen múltiples vulnerabilidades tienen más necesidades de cuidados y, a su vez, tienen menos accesibilidad a los dispositivos de cuidado existentes y menos calidad de los servicios (Grabovschi *et al.*, 2013).

El sistema es injusto y discriminatorio también para las personas que necesitan cuidados. Son muchas las personas mayores que ingresan en una residencia contra su voluntad, que han de compartir habitación,

que carecen de intimidad, que son tratadas con infantilismo o paternalismo, que se someten a sujeciones, que no pueden decidir sobre su propia vida. Son muchas también las que padecen soledad como fruto del aislamiento social. La feminización de los cuidados aparece también en esta dimensión, la de las personas cuidadas, que mayoritariamente son mujeres, por ser ellas más longevas que los hombres y por envejecer en peor estado de salud. Las mujeres mayores padecen, además, peor seguridad económica y peor acceso a bienes y servicios, debido justamente a haber dedicado sus vidas a los cuidados de los demás.

En otros lugares, hemos señalado la doble devaluación que sufren los cuidados: la que afecta al cuidado como tal, asociado a la esfera privada y a las mujeres, y al edadismo que subyace en la idea de que la vejez supone dependencia y carga social (Comas-d'Argemir y Bofill, 2022). También el capacitismo incide en una devaluación de quienes sufren discapacidad. Esta doble devaluación está en la raíz de los problemas estructurales que padece el sector de los cuidados, como son la precariedad laboral y la insuficiencia de recursos. No es solo una consideración de las autoras: en mayo de 2023, la Comisión Lancet (Pot *et al.*, 2023: 1) argumentó que la discriminación basada en la edad, la salud mental y la capacidad física contribuye a que perdure la falsa idea de que las personas mayores reciben unos servicios y prestaciones desproporcionados, en detrimento de las generaciones más jóvenes. Las consecuencias de tal discriminación se han reflejado en los efectos catastróficos de la covid-19 en uno de los grupos sociales más vulnerables de la sociedad: las personas mayores institucionalizadas en centros residenciales. Y han evidenciado también que el modelo de cuidados existente resulta insuficiente, insatisfactorio e injusto.

Hay que reformar el sistema de cuidados de larga duración en España, para que sea suficiente, satisfactorio y justo. Y para que haya una genuina transformación, se necesita adoptar el enfoque de los derechos humanos, para que todas las personas que necesitan apoyos y cuidados sean vistas y tratadas como seres humanos completos. Porque las personas mayores o las personas con discapacidad son totalmente humanas; no la mitad o una cuarta parte. Totalmente. Hay que subrayar que este enfoque basado en los derechos humanos ha sido recomendado por distintas instancias y organismos (Organización de los Estados Americanos, 2015; Comisión Lancet, 2023, Estabrooks *et al.*, 2024; Vicente Echeverría, s.d.; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2024). Se trata de aportar unos cuidados personalizados, que permitan que las personas mayores puedan vivir con bienestar y morir dignamente.

3. Cambios demográficos y sociales que afectan al cuidado en los hogares

La proporción de personas con más de 65 años en España se está incrementando rápidamente. A inicios de 2021, había 9 310 828 personas mayores, un

19,65 % sobre el total de la población y aunque hay más personas mayores en los núcleos urbanos, el porcentaje de población mayor en contextos rurales (menos de 2000 habitantes) es superior, pues llega al 28,3 %. Las estimaciones del INE señalan que, en 2035, las personas mayores representarán un 26,5 % de la población, puesto que habrán llegado a la vejez las voluminosas cohortes nacidas durante el *baby boom* (Pérez Díaz *et al.*, 2022). La proporción de españoles con más de 85 años ha pasado de ser un 1,98 % en 2008 a un 3,33 % en 2023.

La cuestión demográfica no se puede obviar. En España, hay una longevidad muy elevada. Los datos de 2022 son contundentes: la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 85,7 años, y la de los hombres, 80,4 (INE, indicadores demográficos básicos). Y esto a pesar de que la pandemia ha implicado una disminución de la esperanza de vida (de un año y medio, aproximadamente). Lo que se produce, de hecho, es un retraso de la vejez, pues los años ganados a la vida son años de buena salud y solo en los últimos años se producen deterioros funcionales o cognitivos que conllevan pérdida de autonomía. Si se mide el porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es muy patente: para los varones el 62,7 % del tiempo restante por vivir lo es en buenas condiciones, mientras que esa cifra se reduce al 51,5 % en el caso de las mujeres (Pérez Díaz *et al.*, 2022). En todo caso, los cuidados se requieren durante más tiempo que años atrás, y son más intensos y complejos, pues abundan las pluripatologías. Y hay que prestar especial atención a las demencias, que afectan a una de cada diez personas de más de 65 años y a un tercio de las mayores de 85 (Fundació Pasqual Maragall, 2023), pues en estos casos el consumo de recursos sanitarios es menor que en otras enfermedades y, en cambio, hay elevados costes sociales y también económicos que recaen, sobre todo, en las familias afectadas (Jönsson *et al.*, 2023).

Además, se ha producido en España una drástica disminución de la natalidad, de manera que el índice de fecundidad es de 1,16 hijos por mujer, uno de los más bajos del mundo (INE, indicador coyuntural de fecundidad). Y estos cambios demográficos inciden mucho en cómo son las familias hoy, con muchas personas ancianas y pocos jóvenes en la base. Por esto mismo, y por una simple razón demográfica, las familias no pueden absorber las necesidades de cuidados. Y, sin embargo, en el imaginario actual todavía está muy presente que las familias van a poder encargarse de unos cuidados que serán cada vez más crecientes y complejos. No van a poder. Basta con revisar la evolución de las pirámides de población en España, correspondientes al año 2020 y las proyecciones de 2050 y 2070 (INE). Las generaciones mayores de hoy cuentan todavía con una base de hijos e hijas bastante extensa, pero no va a ser así en 2050, cuando la generación de los llamados *baby boomers*, la más infecunda de la historia, habrá llegado a la vejez.

A este contexto demográfico, hay que añadir los importantes cambios sociales acontecidos en el ámbito familiar. Las familias son cada vez más reducidas, por las cuestiones demográficas que hemos comentado, pero también son más fragmentadas que hace unos años, por el efecto de la creciente urbanización y de la movilidad de la poblacional. También ha cambiado la composición de las familias, debido a la diversificación de las formas de convivencia, así como al incremento de las tasas de divorcio, con un creciente número de hogares de una o dos personas y de familias con una sola progenitora o progenitor. Además, en la actualidad, las mujeres no tienen la disponibilidad para cuidar de las generaciones anteriores, debido a su inserción generalizada en el mercado laboral, a la mayor valorización de las trayectorias profesionales y a la transformación de los papeles conyugales y de género. Todo ello incide en que las personas mayores no tienen hoy el mismo apoyo familiar ni familiares geográficamente próximos como en el pasado. Y, como se incrementan las necesidades de cuidado, cada vez es más difícil solucionar los cuidados necesarios en el hogar.

Finalmente, las personas que llegan hoy a la vejez en España lo hacen en unas condiciones más favorables que las anteriores generaciones, con pensiones mejores, con mayor nivel educativo y más capacidad de agencia, especialmente entre las capas medias y altas. Son, por ello, más exigentes a la hora de entender la vejez y no quieren depender de hijos e hijas cuando pierdan su autonomía, lo que es un cambio cultural muy importante (Comas-d'Argemir y Roigè, 2018; Conlon *et al.*, 2014). Los motivos para querer mantener su autonomía y preferir una vida independiente confluyen con los que vienen reivindicando las personas con discapacidad y que vienen recogidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

4. Las condiciones del cuidado en el hogar: esfuerzo de familiares y fragmentación de recursos

El número de hogares con alguna persona con discapacidad ha aumentado significativamente entre 2008 y 2020, tal como muestra la tabla 1. En 2020, había 574 900 hogares más con alguna persona en situación de discapacidad que en 2008.

De acuerdo con la misma Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia,

también ha aumentado el número de personas con discapacidad que viven solas, en hogares unipersonales, que pasan de 607 300 en 2008 a 1 128 200 en 2020. Los hogares con dos miembros en los que ambos tienen una discapacidad pasan de 235 400 en 2008 a 255 400 en 2020.

La convivencia facilita el cuidado, pero este se prodiga también entre familiares que no residen en un mismo hogar. El género y el parentesco son categorías sociales que distribuyen en forma de gradiente las obligaciones del cuidado, aunque el género, prevalece sobre el parentesco. También influyen en una mayor dedicación al cuidado la proximidad residencial o la situación familiar (la soltería, por ejemplo). La mayoría de los hombres solo asumen los cuidados si se trata del círculo más inmediato y no hay otras personas disponibles. Las mujeres cuidan de las personas con las que conviven, de la anterior generación, de la misma o de la siguiente, y llevan a vivir con ellas a sus familiares dependientes en mayor proporción de lo que lo hacen los hombres. El arco de edad que aporta mayores cuidadoras es el de 45 a 64 años, seguido del de 65 a 70 años.

Lo que queremos señalar aquí, para contrastarlo con los planteamientos que se hacen actualmente, es que cuidar en el hogar se hace con recursos fragmentados, que provienen de la familia extensa, de los servicios o prestaciones públicas, del mercado o de la comunidad. Es lo que denominamos "mosaico de recursos de cuidado" (Soronellas-Masdeu *et al.*, 2021) y que representamos como una especie de puzzle con toda una serie de piezas que hay que encajar: la ayuda de la ley de dependencia, la empleada que va unas horas, el familiar que va otras, el centro de día, el centro sanitario, el vecindario, las amistades... Es un mosaico complejo, con piezas dispersas que la persona responsable del cuidado ha de encajar, con las dificultades que esto comporta. Quien tiene el papel de cuidador/a principal ha de hacer verdaderas filigranas para poder resolver las situaciones que se presentan en la cotidianeidad.

Para ilustrar esta fragmentación, utilizamos la metodología de lo que hemos denominado "constelaciones familiares del cuidado" (Chirinos *et al.*, 2014). Se trata de una herramienta analítica que permite representar en forma de mapa las situaciones de cuidado y proporciona dos elementos esenciales de análisis. Primero, los agentes que intervienen en los cuidados de larga duración: quiénes son, su capacidad y disponibilidad, sus relaciones, así como las fuerzas exógenas que

Tabla 1. Hogares según número de personas con discapacidad o limitaciones. España, 2008 y 2020 (miles de hogares)

Año	Total de hogares	Ninguna persona con discapacidad	Una persona con discapacidad	Dos personas con discapacidad	Tres o más personas con discapacidad
2008	16 446,8	13 166,5	2 755,4	486,8	38,1
2020	18 800,3	14 945,1	3 356,9	468,9	29,4

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE, 2008) y Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia Dirigida a Hogares (INE, 2020).

influyen en cómo se provee cuidado en los hogares. Segundo, desde una perspectiva procesual permite también representar las transiciones, variaciones y continuidades de las situaciones de cuidado, de los agentes que intervienen y hasta qué punto intervienen los elementos comunitarios, así como analizar los cambios que ocurren en las situaciones de cuidado, los itinerarios de cuidado y sus resignificaciones. Constituye una valiosa metodología para el diseño de políticas públicas vinculadas a las necesidades de las personas cuidadas y de sus cuidadores.

Las constelaciones del cuidado familiar integran tres categorías analíticas para capturar la dinámica y las variaciones del cuidado en los hogares:

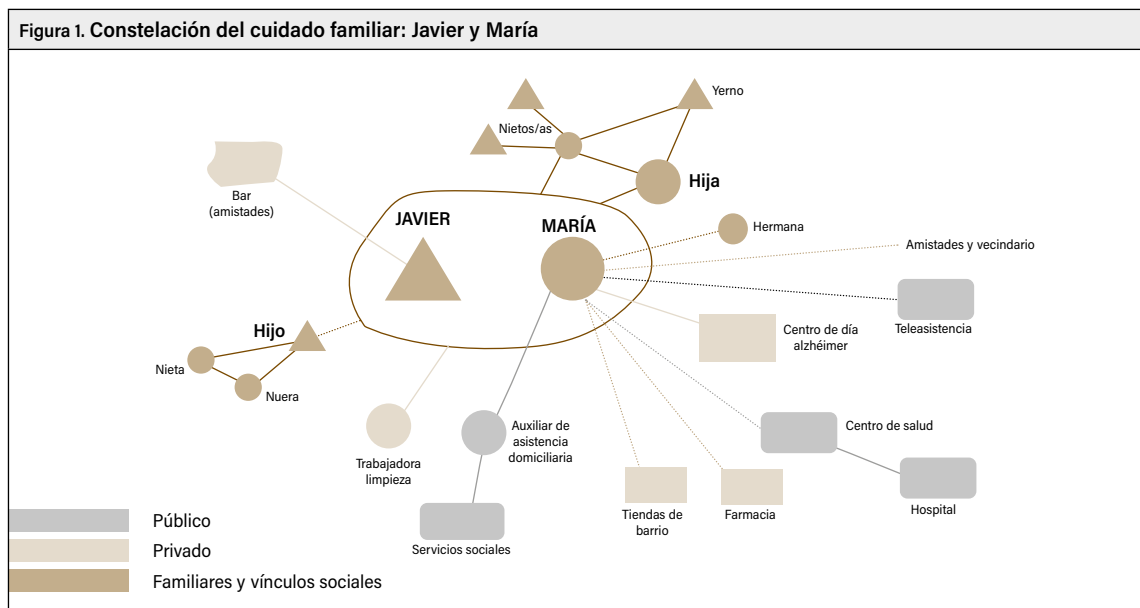
- Las rutinas del cuidado que se llevan a la práctica en la cotidianidad, que permiten reconstruir además los vínculos del cuidado familiar con los ámbitos comunitarios, así como las rutinas asignadas en términos de género o de parentesco.
- Los espacios y la cultura material del cuidado. El hogar es el que condensa la memoria y significados de la vida cotidiana, que se hacen extensibles al ámbito comunitario, al pueblo o ciudad en que se reside. Otros significados tienen los entornos institucionales, con una cultura material más práctica, más homogeneizadora, que no genera sentido de pertenencia.
- El mosaico de recursos de cuidado, que condiciona la diversidad de estrategias que se utilizan en los hogares para combinar los recursos públicos, los privados y los informales en el cuidado.

Como ejemplo de la fragmentación de los recursos de cuidado, presento a continuación el mapa de la constelación del cuidado familiar de María, que padece la enfermedad de Alzheimer, siendo su esposo Javier el cuidador principal. El ejemplo es uno de

los casos analizados en nuestras investigaciones (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2022). Aquí tiene carácter ilustrativo, para contrastarlo con el modelo de cuidados de base local y comunitaria que presentaremos posteriormente.

El tamaño de las figuras explica el grado de implicación en el cuidado. El cónyuge, Javier, es el cuidador directo y la hija está más implicada que el hijo, por ejemplo. El color de los distintos agentes permite distinguir si son de carácter público o privado, o si se trata de familiares y vecindario. Podemos comprobar que los agentes que intervienen en el cuidado son múltiples: se cuenta con el servicio de teleasistencia y una auxiliar de atención domiciliaria acude al domicilio diariamente por las mañanas, para levantar, vestir, hacer la higiene de María y prepararla para ir al centro de día. En este caso, se trata de un centro especializado, que hay que pagar aparte, por la incompatibilidad de prestaciones de la ley. Javier cuenta también con el trabajo de una empleada para cuestiones de limpieza, y el apoyo constante de su hija, que organiza la ropa y le ayuda en la organización doméstica, así como a resolver cuestiones burocráticas. El hijo tiene relaciones más puntuales, pero contribuye a solventar los costes económicos cuando esto es necesario. El acceso a los recursos sanitarios, de carácter público, es un elemento básico en la situación de María, que, además del alzhéimer, acumula otros problemas de salud. Otras dimensiones comunitarias están presentes también en el mapa, como son las amistades, el vecindario o los establecimientos del barrio.

Hay que destacar, y esto representa este mapa, que los recursos y agentes disponibles están desconectados entre sí, y es Javier, el esposo, quien intenta organizar este puzzle en el día a día, con las dificultades que esto comporta, especialmente si falla alguno de los agentes más implicados en el cuidado. Observemos



Fuente: elaboración propia.

que los servicios sociales no están conectados con los servicios sanitarios, y esta desconexión ha sido letal durante la pandemia, siendo uno de los aspectos que actualmente se intenta resolver. Observemos también que esta fragmentación comporta que la cuidadora o cuidador principal encuentre dificultades adicionales a su tarea de cuidar.

En las condiciones actuales, el cuidado en el hogar está sometido a múltiples tensiones que dificultan su provisión. Tensiona el bienestar de las personas cuidadas y tensiona a las familias cuya organización y composición dificulta que puedan proveer cuidados, especialmente cuando empeora la situación de dependencia. El cuidado de un familiar con elevada situación de dependencia puede ser absorbente, totalizador. Puede generar conflictos entre familiares por las desigualdades en su compromiso, los distintos puntos de vista y por cuestiones materiales. Puede convertirse también en aislamiento, soledad y estrés de la persona cuidadora, que requiere de una dedicación y esfuerzos que no serían exigibles a una trabajadora remunerada. También pueden producirse situaciones de exclusión, maltrato y violencia. Llegar a una situación de dependencia es algo que nunca se contempla, ni puede preverse. Y con frecuencia, cuando llega, las familias se sienten superadas ante la situación que se les ha venido encima. Es cruel constatar que el principal maltrato hacia las personas mayores ocurra en la familia cuando esta, por ejemplo, se encuentra desbordada por las circunstancias que acompañan a una enfermedad crónica o el deterioro cognitivo de un familiar.

El cuidado en el hogar tensiona también a las cuidadoras remuneradas (trabajadoras del servicio de asistencia domiciliaria, empleadas directas), que a menudo trabajan en condiciones muy precarias, con horarios intensos y poco conciliables, bajos salarios y estrés emocional. Dada la debilidad de las políticas públicas, las familias que se lo pueden permitir optan por emplear a una trabajadora de hogar para que cuide de su familiar y eventualmente se ocupe también de las tareas domésticas (Martínez Buján, 2011). Son las condiciones estructurales existentes las que obligan a recurrir a una mano de obra barata, que en gran parte procede de la emigración extranjera. En el caso de las trabajadoras del servicio de asistencia domiciliaria, concurren otros problemas como es la dificultad de conseguir contratos a tiempo completo, debido a la fragmentación de sus horarios y los tiempos de desplazamiento entre domicilios. Su presencia como cuidadoras en los domicilios no responde tanto a las necesidades de las personas cuidadas como a la asignación horaria determinada por el grado de dependencia de la persona. En ambas situaciones no es fácil proporcionar un cuidado centrado en la persona.

Finalmente, el actual modelo de cuidados en el hogar tensiona al sistema de servicios sociales, que no puede dar respuesta a la demanda de recursos; y también al sanitario, que se ve forzado a resolver problemas de índole social. Los servicios sociales

se hallan tensionados por su escasa capacidad de resolver con agilidad las necesidades de cuidado que aparecen en las familias. A diferencia de los servicios sanitarios, su actividad es poco conocida por la población y, frecuentemente, se asocian al asistencialismo. La existencia de la ley de dependencia crea unas expectativas que no se pueden cumplir y resultan decepcionantes para quienes se confrontan con una situación de dependencia. La falta de consolidación y de recursos de los servicios sociales se hizo evidente durante la pandemia, pues funcionaron como archipiélagos inconexos y no ofrecieron una imagen clara a la ciudadanía (Fantova, 2020; Roca *et al.*, 2022). El sector sanitario se tensiona, a su vez, por distintos motivos, entre ellos, los recortes presupuestarios que le han venido afectando en los últimos años y que han repercutido especialmente en la atención primaria. También se ve afectado por la dificultad de los servicios sociales para resolver situaciones de emergencia, y no es excepcional que se produzca una medicalización de la dependencia cuando una persona ha ingresado en el sistema sanitario a través del servicio de urgencias, ha perdido su autonomía y cuesta encontrar los recursos sociales que le permitan volver a su hogar, especialmente cuando no puede contar con un apoyo familiar o por la inadecuación de la vivienda a las necesidades de cuidado.

5. De la fragmentación a la lógica ecosistémica del cuidado

La pandemia ha sido el detonante para consensuar un cambio en el modelo de cuidados de larga duración, para transformar un modelo asistencialista e institucionalizador en un modelo basado en los derechos humanos, que responda a las preferencias de las personas y tenga un enfoque comunitario. Este es un cambio radical respecto a la situación actual. Supone una revolución en los cuidados. Decimos que el modelo actual es asistencialista, porque no proporciona un derecho universal al cuidado, pero también porque jerarquiza los saberes y decisiones de quienes cuidan por encima de los deseos y experiencias de las personas cuidadas. En este sentido, es también institucionalizador, porque la falta de recursos obliga a ingresos en residencias donde la persona ha de adaptarse a los criterios organizativos. Pero también el cuidado en el hogar puede ser institucionalizador cuando comporta aislamiento de la persona o cuando familiares y profesionales deciden respecto a cómo cubrir sus necesidades, sin tener en cuenta su agencia ni sus preferencias (Vicente Echeverría, 2024).

Diversas son las premisas que configuran este nuevo modelo de cuidados y que podemos resumir en dos: la personalización del cuidado, que se realiza de acuerdo con la voluntad y preferencias de las personas; y el enfoque comunitario, por el que las personas pueden elegir dónde, cómo y con quien vivir, sin ser erradicadas de su entorno. Hay más elementos implicados en la transformación del modelo de cuidados de larga

duración, como es la dignificación del trabajo de cuidados y su profesionalización, la remodelación de las actuales residencias en entornos pequeños y hogareños, o el impulso de viviendas con servicios como solución intermedia entre el propio hogar y el centro residencial. La *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad* (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2024) contempla estas dimensiones, con estrategias para prevenir la institucionalización, personalizar los cuidados y apoyos, y propiciar la vida independiente y en la comunidad.

La integración de recursos comunitarios tiene distintas dimensiones: el fortalecimiento del sistema de salud comunitario (atención primaria, enfermería); la prevención del riesgo de dependencia (prevención de enfermedades crónicas, evitar que las enfermedades crónicas generen discapacidad, rehabilitación); el establecimiento de una buena coordinación entre el sistema social y el sanitario; la revisión del copago en el sistema de atención a la dependencia, eliminando el copago en los cuidados, y la potenciación de las capacidades locales y los recursos comunitarios. Se trata de cambiar los contrapesos de la lógica actual, en la que predomina la lógica de las organizaciones a las que se ha de adaptar la persona, para que sea la persona la que se sitúe en la posición central y atender sus necesidades desde los distintos dispositivos de cuidado coordinados entre sí.

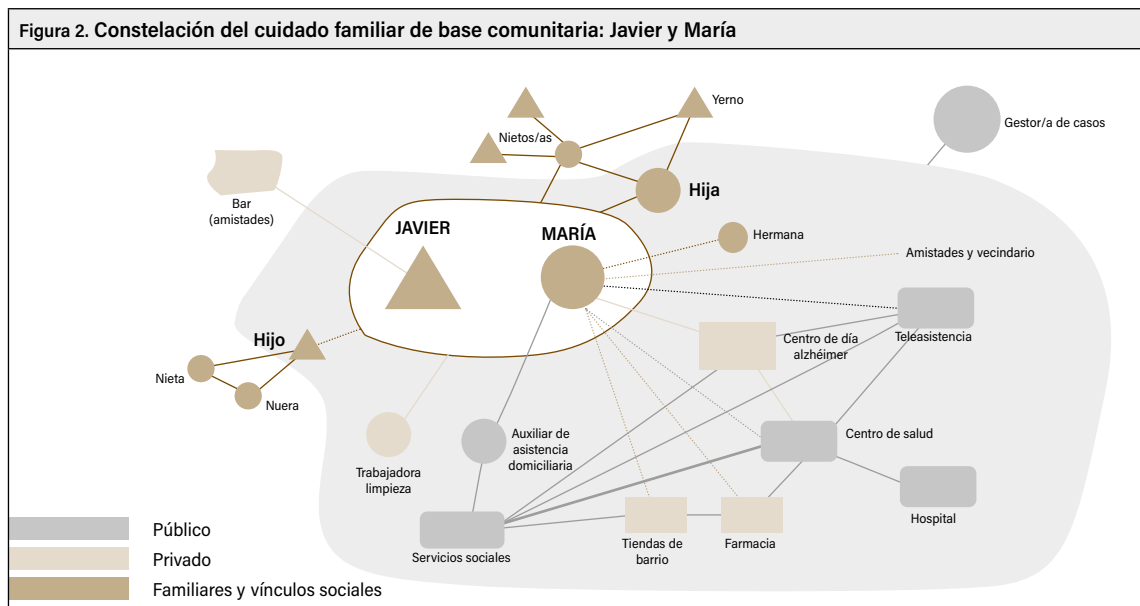
El acuerdo de acreditación establecido entre el gobierno español y los de las comunidades autónomas en 2022, que fija los requisitos mínimos de servicios y prestaciones a nivel estatal, indica que hay que potenciar sistemas integrales de cuidados en el hogar. En algunos casos, esta idea de integralidad expresa la necesidad de que haya conexión entre recursos en el marco de un espacio territorial concreto. Se trata de potenciar los servicios de cuidados de proximidad (teleasistencia, atención

domiciliaria, asistencia personal, centros de día y de noche) y de interconectar todos los recursos comunitarios a través de profesionales responsables de esa interconexión, que se ocupen exclusivamente de la gestión de casos. En la figura 2, puede verse cómo se concretaría esa idea a partir del mismo ejemplo que hemos tratado anteriormente.

Se trata, pues, de establecer vínculos entre los recursos públicos y privados que existan en contextos territoriales delimitados, como puede ser un pueblo o un barrio de una ciudad. El círculo mayor que envuelve todo constituiría el ecosistema de cuidados de base local y comunitaria. Es ecosistémico, porque conecta todos los agentes y recursos. Es local, por su cercanía y accesibilidad. Y es comunitario, porque participan los agentes tanto formales como informales del entorno.

Y para que esto sea posible, ha de haber profesionales que hagan la interconexión, por su conocimiento y acceso a los recursos de la comunidad, apoyando así a la persona cuidadora. Se trata de las gestoras, los gestores o las personas referentes de caso. No importa tanto el nombre como su función. En efecto, a menudo una persona no sabe a quién ha de dirigirse en cada momento. Tiene el teléfono del servicio de asistencia domiciliaria, el del área básica de salud, el de los servicios sociales, el del médico de atención primaria, el de la enfermera... Lo lógico es que haya un plan de atención único, donde todos los agentes que cuidan directa o indirectamente a esa persona puedan estar interconectados. Ha de haber alguien que resuelva las incidencias rápidamente, que facilite las gestiones burocráticas y garantice que no haya fragmentación en la asistencia requerida.

Este segundo mapa muestra un caso de cuidado en el hogar. Pero los ecosistemas de cuidados de base local y comunitaria incluyen, de hecho, todos los dispositivos de cuidado, como las mismas



Fuente: elaboración propia.

residencias, que deberían estar integradas en el entorno comunitario. Es difícil esa integración si las residencias están alejadas de los núcleos de población, o cuando las personas residentes provienen de entornos alejados geográficamente. En todo caso, se están dando pasos para comunitarizar las residencias e integrarlas mejor en su entorno (Riccò *et al.*, 2024).

Los cuidados de base local y comunitaria han de tener lógicas de funcionamiento y organización más globales, en las que estén implicadas instituciones forales, autonómicas y municipales para proporcionar los servicios necesarios de cuidados hacia las personas en situación de dependencia y para dar cobertura a todo el sistema de interconexiones comunitarias que los han de proveer. Hay que destacar que se están produciendo diversas iniciativas en esta dirección. Aquí recogemos las de los municipios cuidadores de la Diputación de Barcelona y las de los ecosistemas locales de cuidados de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

La Diputación de Barcelona promueve los denominados "municipios cuidadores". Tal como indica en su página web³, la institución presta apoyo a los municipios para identificar, analizar y ordenar los elementos que conforman el ecosistema municipal de cuidados. Una primera fase es la de diagnóstico de las necesidades de cuidado y de los servicios y prestaciones existentes en la localidad, que es seguida de un proceso participativo de las personas implicadas en proveer y en recibir cuidados y establecer líneas estratégicas y crear grupos de trabajo para desarrollarlas. En una segunda fase, la institución provee de herramientas de actuación a los municipios para desarrollar estas líneas estratégicas (Fòrum de Persones Expertes en Cures, 2022). Es, pues, cada municipio quien tiene la iniciativa y la responsabilidad de trabajar en esta línea, que depende en buena medida de las voluntades políticas. También hay iniciativas que dependen de voluntades individuales para realizar estas actuaciones. Es el caso del municipio de Alella, por ejemplo, donde ha sido un vecino el impulsor de la iniciativa "Alella, Poble Cuidador i Pobles que Cuiden" (Prats, 2022).

Los ecosistemas locales de cuidado que, desde 2021, está impulsando la Diputación Foral de Gipuzkoa suponen una medida política más comprometida, que cuenta con el apoyo del Gobierno Vasco. Por el momento, y dado su reciente creación, tienen un carácter experimental, por lo que las iniciativas en marcha están en proceso de evaluación, con vistas a lograr una consolidación basada en evidencias. Se centran en el cuidado en el hogar y, por el momento, no incluyen las residencias en este ámbito. No hay un modelo único, pues cada ecosistema responde a las características específicas de cada municipio, aunque todos ellos tienen objetivos comunes y se dotan de un órgano de coordinación en el que participan los agentes principales y trabajan en

torno a objetivos estratégicos, tal como se analiza en el caso del municipio de Zestoa (Barañano-Uribarri *et al.*, en prensa). En este mismo número de *Zerbitzuan*, Legarreta-Iza *et al.* publican un artículo basado en la experiencia del programa Pasaia Zaintza HerriLab, donde esta coordinación entre agentes de cuidado e instituciones está permitiendo una mejor activación de los agentes comunitarios, una mejora de la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados y también mayor satisfacción laboral entre las profesionales, por las mejoras en coordinación, formación y soporte laboral. Hay que señalar que, en el caso de este municipio, se había impulsado ya años antes el programa Etxean Bizi, gracias al que no solo se implementó una figura responsable de la gestión de casos, sino que se reformaron los servicios de atención domiciliaria utilizando la asistencia personal, para hacer posible una mayor flexibilidad en la atención y una cobertura horaria que respondiera a las necesidades reales de la persona atendida. Lo significativo de esta experiencia, tal como se ha podido demostrar, es que las personas que han contado con este servicio han retrasado su ingreso en una residencia en unos 5,3 años, de media (Iribar y Sancho, 2023: 14).

Estas experiencias demuestran la necesidad de implantar un enfoque integral en los cuidados, que comprometa y articule las distintas instituciones y agentes comunitarios que intervienen en el cuidado. Pero para ello, son muy importantes los criterios de flexibilidad para responder a las necesidades de las personas, la constante adaptación a los cambios en estas necesidades, y la suficiencia de recursos. Los principios de personalización de los cuidados y de que la persona pueda mantenerse en su entorno comunitario no ha de depender de si tiene familiares o no que puedan ocuparse de ella, sino de garantizar el derecho al cuidado.

6. Conclusiones

La tendencia social y política actual va encaminada a reforzar el cuidado en el hogar. Después de la pandemia, se ha consolidado una narrativa política favorable a la desinstitucionalización del cuidado y el derecho a la libre elección. Son muchas las voces que abogan por un cambio de modelo de cuidados, que asegure la personalización de estos y se base en el enfoque de los derechos humanos. La atención personalizada de base local y comunitaria requiere más recursos públicos, más apoyo a las cuidadoras familiares, una mejora sustancial en la calidad del empleo, una coordinación social y sanitaria y un enfoque comunitario, tal como reconoce la literatura especializada (Rodríguez Cabrero, 2019; Díaz-Veiga y Sancho, 2022; Comas-d'Argemir *et al.*, 2023, Pot *et al.*, 2023) y demandan organismos internacionales (European Institute for Gender Equality, 2020; Comisión Europea, 2021 y 2022; Organización Mundial de la Salud, 2024).

Hemos señalado las tensiones presentes en el cuidado en el hogar: entre los propios familiares, entre las

³ <https://www.diba.cat/es/web/bienestar/municipis-cuidadors>.

trabajadoras remuneradas y en el sistema de servicios sociales y sanitarios. Hay que tener en cuenta el enorme esfuerzo que hacen las familias en estos momentos y el escaso apoyo con el que cuentan. Como subraya la Estrategia Europea de Cuidados, en la Unión Europea (Comisión Europea, 2022), más de un tercio de las personas con necesidades de larga duración no recurren a los servicios de cuidados porque no los pueden pagar; además, muchas familias se empobrecen para poder subministrar cuidados. Señalo estas cuestiones, que son muy evidentes, porque el nuevo modelo de cuidados requiere tiempo para su implantación y, entretanto, son las familias las que siguen cuidando. Ante esta realidad, no solo hay que ampliar y mejorar los servicios de cuidados de proximidad, sino que también hay que apoyar a las cuidadoras informales mediante programas de respiro, formación, grupos de ayuda mutua y apoyos comunitarios (Rocard y Llena-Nozal, 2022).

Otro aspecto fundamental que se ha de tener en cuenta es la necesidad de fortalecer la situación de las trabajadoras de cuidados, que está en el núcleo de las deficiencias existentes en el sistema de atención a la dependencia. España tiene una crisis de falta de personal para los cuidados y hay que hacer un importante esfuerzo para capacitar y para que nuevas trabajadoras y trabajadores entren en el sistema. Hay que hacer atractivo el sector, mejorar los salarios, disminuir la temporalidad de los contratos e incrementar los de tiempo completo, incentivar carreras profesionales de las cuidadoras directas mediante la especialización, reformar la ley de extranjería para facilitar la inserción laboral de las personas extranjeras, fortalecer la coordinación y la autogestión de los equipos implicados en el cuidado. Comas-d'Argemir *et al.* (2023) proponen el asistente personal como figura profesional que podría aglutinar los tres perfiles profesionales existentes en la actualidad (auxiliares de asistencia domiciliaria, asistentes personales y trabajadoras del hogar) para proporcionar los apoyos y cuidados necesarios en el domicilio respetando la singularidad de la persona receptora, su capacidad de elección, autodeterminación y autonomía. Subrayamos, en todo caso, que la crisis de trabajadoras para atender cuidados de larga duración es una verdadera emergencia y requiere acciones inmediatas. Tres años después de la pandemia, se ha comprobado que décadas de desatención a una crisis laboral en ciernes en el sistema de salud y en el de cuidados sociales es una barrera para garantizar el derecho al cuidado.

Las tendencias demográficas actuales y el cambio de modelo en los cuidados se traducirán en un incremento de los costes económicos de los cuidados de larga duración. España ha estado infr FINANCIADA durante décadas y se requiere un aumento muy importante en la financiación. Todavía más si se tiene en cuenta que, hasta el momento, las cuidadoras informales han aportado una gran cantidad de recursos invisibles con su trabajo y que el sector público deberá incorporar los costes de estos servicios no pagados. María Ángeles Durán (2018) calcula que, si solo se absorbiera un 10 %

del tiempo dedicado a los cuidados en el hogar en España, se necesitarían 2 814 309 millones de empleos más a tiempo completo. Es un aspecto que hay que tener muy en cuenta con el impulso de las políticas de desinstitucionalización, que tienen como objetivo reforzar el cuidado en el hogar y en el contexto comunitario. Sin una financiación adecuada, la desinstitucionalización puede convertirse, en la práctica, en una refamiliarización del cuidado, tal como se ha venido advirtiendo (Saraceno, 2010). Pero teniendo en cuenta el actual contexto demográfico y social, tal vez es más apropiado indicar que el cuidado se convertirá en un riesgo individual, lo que perjudicará especialmente a quienes tengan menos recursos y no puedan pagar servicios privados.

Para acabar, insistiré en la necesidad de reconocer y dar valor al cuidado. Y más allá de la atención a las situaciones de dependencia, necesitamos unas ciudades que cuiden, unas sociedades que cuiden, un urbanismo que nos facilite cuidar. También la sociedad ha de ser sensible a que todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de nuestras vidas. Finalmente, esta es la base del enfoque comunitario.

Sin buen cuidado, las personas mayores en situación de dependencia no tendrán calidad de vida; no tendrán una vida con sentido; no vivirán sus últimos días en paz y dignidad. Las múltiples tensiones que soporta actualmente el cuidado en los hogares no pueden resolverse si no hay unas políticas públicas decididas que no solo aporten las bases de un nuevo modelo (que, desde luego es importante), sino también los recursos para llevarlo adelante. Hemos de tener en cuenta, además, que en España son los gobiernos autonómicos los que tienen competencias en estas materias (o los territorios históricos, en el caso del País Vasco) y, por tanto, la necesidad de un gran acuerdo para llevar a cabo este cambio de modelo. Y no olvido a la ciudadanía. Sin demanda ciudadana, sin conciencia social, no vamos a conseguir que se priorice el cuidado en la agenda política. Sin conciencia social, no vamos a conseguir el esfuerzo ciudadano para aportar, desde nuestros impuestos, los recursos necesarios para implementar el modelo que garantiza el derecho al cuidado. La reconfiguración de los cuidados requiere de un pacto social y político para dar valor a lo que es realmente valioso: poder cuidar y ser cuidados en condiciones dignas y desde el enfoque de los derechos humanos.

Financiación

Este artículo se enmarca en el proyecto coordinado "El modelo de cuidados de larga duración en transición: estrategias políticas, familiares y comunitarias para afrontar las consecuencias de la pandemia covid-19" (CAREMODEL), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2020-114887RB-C31). También forma parte del proyecto "Retos de la atención primaria en salud durante la pandemia de la covid-19: salud comunitaria y participación social" (RETCOV), del Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2021-122523OB-I00).

- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2023): *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Málaga, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, <<https://directoressociales.com/xxiii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>>.
- BARAÑANO-URIBARRI, M.; URIARTE-GOIKOETCEA, A. y LEGARRETA-IZA, M. (en prensa): "Iniciativas público-comunitarias de cuidado a personas mayores. Oportunidades y retos para la transformación en el Ecosistema Local de Cuidado de Zestoa", *Revista Española de Sociología*, vol. 33, n.º 3.
- CHIRINOS, C.; SORONELLAS, M. y COMAS-D'ARGEMIR, D. (2024): "Constellations of family care as an analytical tool for social care studies", *Journal of Long-Term Care*, pp. 263-276, <<https://doi.org/10.31389/jltc.252>>.
- COMAS-D'ARGEMIR, D. y ROIGÉ, X. (2018): "Introduction. Les nouveaux visages du vieillissement en Europe, entre famille et État", *Ethnologie Française*, n.º 171, pp. 389-400, <<https://doi.org/10.3917/ethn.183.0389>>.
- COMAS-D'ARGEMIR, D.; LEGARRETA-IZA, M. y GARCÍA SAINZ, C. (2022): "Residencias, en el epicentro de la crisis sanitaria", en COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la COVID-19*, Valencia, Tirant lo Blanch, pp. 257-312.
- COMAS-D'ARGEMIR, D.; SANCHO, M. y ZALAKAIN, J. (2023): "Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia", *Zerbitzuan*, n.º 79, pp. 5-18, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.79.01>>.
- COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.) (2022): *Cuidar de mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Valencia, Tirant Humanidades.
- COMISIÓN EUROPEA (2021): *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL)*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://doi.org/10.2767/183997>>.
- (2022): *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*, Bruselas, 07-09-2022, COM (2022), 440 final, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52022DC0440>>.
- CONLON, C.; TIMONEN, V.; CARNEY, G. y SCHARF, T. (2014): "Women (re)negotiating care across family generations: intersections of gender and socioeconomic status", *Gender and Society*, n.º 28, n.º 5, pp. 729-751, <<https://doi.org/10.1177/0891243214536466>>.
- COSTA-FONT, J.; JIMÉNEZ MARTÍN, S. y VIOLA, A. (2021): "Fatal underfunding? Explaining covid-19 mortality in Spanish nursing homes", *Journal of Ageing and Health*, vol. 33, n.º 7, pp. 607-617, <<https://doi.org/10.1177/08982643211003794>>.
- DEL PINO, E. et al. (2020): *La gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores durante la COVID-19: dificultades y aprendizajes*, Madrid, Instituto de Políticas y Bienes Públicos, <<https://hdl.handle.net/10261/220460>>.
- DEUSDAD, B.; COMAS-D'ARGEMIR, D. y DZIEGIELEWSKI, S. F. (2016): "Restructuring long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on public policies and social work practice", *Journal of Social Service Research*, vol. 42, n.º 2,

pp. 246-262, <<https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>>.

- DÍAZ MARTÍN, R. (coord.) (2012): *Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Madrid, Imserso, <https://imserso.es/web/imserso/el-imserso/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion-publicacion?p_p_id=com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ_javax.portlet.action=buscarResultados&com_grupoica_publicador_PublicadorPortlet_INSTANCE_sVCLWprFvztQ_entryid=773762>.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2022): "La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable", *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, vol. 57, n.º 5, pp. 247-249.
- DIPUTACIÓN DE BARCELONA (s.f.): *Municipios cuidadores*, Barcelona, Diputación de Barcelona, <<https://www.diba.cat/es/web/benestar/municipis-cuidadors>>.
- DURÁN, M. A. (2018): *La riqueza invisible del cuidado*, València, Universitat de València.
- ESPAÑA (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, 15-12-06, pp. 44142-44156, <<https://www.boe.es/eli/es/2006/12/14/39>>.
- (2023): "Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 171, 19-VII-2023, pp. 104 030-104 036, <<https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/07/18/675>>.
- ESTABROOKS, C. A. et al. (2024): *Repair and recovery in long-term-care: restoring trust in the aftermath of covid-19 (2020-2023)*, Ottawa, Royal Society of Canada, <<https://rsc-src.ca/en/research-and-reports/covid-19/long-term-care/repair-and-recovery-in-long-term-care>>.
- EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (2020): *Gender equality and long-term care at home*, Vilnius, European Institute for Gender Equality, <<https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-equality-and-long-term-care-home>>.
- FANTOVA, F. (2020): *¿Qué modelo de futuro para los servicios sociales? El examen de la pandemia*, Fernando Fantova Azcoaga [entrada de blog], <<https://www.fantova.net/2020/07/20/que-modelo-de-futuro-para-los-servicios-sociales-el-examen-de-la-pandemia/>>.
- FORUM DE PERSONES EXPERTES EN CURES (2022): *Informe de recomanacions per als ens locals cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat*, Barcelona, Diputació de Barcelona, <https://llibreria.diba.cat/cat/llibre/informe-de-recomanacions-per-als-ens-locales-cap-a-un-nou-sistema-public-de-cures-en-la-comunitat_66760>.
- FUNDACIÓ PASQUAL MARAGALL (2023): *Actitudes y percepciones de la población española sobre el Alzheimer*, Barcelona, Fundació Pasqual Maragall, <https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2023/09/Actitudes-y-percepciones-de-la-poblaci%C3%B3n-espa%C3%B1ola-sobre-el-Alzheimer_2023.pdf>.
- GRABOVSKI, C., LOIGNON, C. y FORTIN, M. (2013): "Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review", *BMC Health Services Research*, vol. 13, n.º 1, <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>>.
- IMSERSO (2024): *Evolución de los principales indicadores de la gestión del SAAD. Informe mensual a 31 de mayo de 2024*, s.l., Imserso, <https://imserso.es/documents/20123/6591165/estsisaad-evolucion_20240531.pdf>.
- INE (s.f.): *Indicador coyuntural de fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) de la madre*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?txp=58493&L=0>>.
- (s.f.): *Indicadores demográficos básicos*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&idp=1254735573002>.
- (s.f.): *Proyecciones de población. Últimos datos*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&idp=1254735572981>.
- (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175#_tabs-1254736194716>.
- (2020): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, Dirigida a Hogares*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175#_tabs-1254736195764>.
- IRIBAR GOENAGA, J. y SANCHO CASTIELLO, M. (2023): "Autonomía y desinstitucionalización en la asistencia personal: el caso de Gipuzkoa", *Zerbitzuan*, n.º 80, pp. 5-18, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.80.01>>.
- JÖNSSON, L.; TATE, A.; FRISELL, O. y WIMO, A. (2023): "The costs of dementia in Europe: an updated review and meta-analysis", *Pharmacoeconomics*, vol. 41, n.º 1, pp. 59-75, <<https://doi.org/10.1007%2Fs40273-022-01212-z>>.
- LEGARRETA-IZA, M.; MARTÍNEZ-TOLA, E.; VILLENA-CAMARERO, U. y ALTUZARRA-ARTOLA, A. (2024): "Evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en el municipio de Pasaia (Gipuzkoa)", *Zerbitzuan*, n.º 83, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.83>>.
- LEGARRETA-IZA, M. L.; VILLENA-CAMARERO, U. y MARTÍNEZ-TOLA, E. (en prensa): "Ecosistemas

- locales de cuidado de larga duración: una propuesta de evaluación". *Revista de Investigaciones Regionales*.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, n.º 1, pp. 93-123, <https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.4>.
- MARTÍNEZ-BUJÁN, R.; JABBAZ, M. y SORONELLAS, M. (2022): "Envejecimiento y organización social del cuidado en España. ¿En qué contexto irrumpe la covid?", en COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Valencia, Tirant Humanidades, pp. 37-91.
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2022): "Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 192, 11-08-2022, pp. 117584-117621, <[https://www.boe.es/eli/es/res/2022/07/28/\(12\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2022/07/28/(12))>.
- (2023): *La opinión de la población española sobre la institucionalización*, s.l., Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2023/08/Informe-encuesta-estadisticamente-representativa-poblacion-general.pdf>>
- (ed.) (2024): *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*, s.l., Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/Estrategia-nuevo-modelo-cuidados.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, s.l., Organización de las Naciones Unidas, <<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (2015): *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, s.l., Organización de los Estados Americanos, <https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2024): *Long-term care for older people. Package for universal health coverage*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, <<https://iris.who.int/handle/10665/376585>>.
- PÉREZ DÍAZ, J. et al. (2022): *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*, serie Informes Envejecimiento en Red, n.º 29, Madrid, CSIC, <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>>.
- POT, A. M.; RABHERU, K. y CHEW, M. (2023): "Person-centered long-term care for older persons: a new Lancet Commission", *Lancet*, vol. 401, n.º 10390, pp. 1754-1755, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00920-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00920-0)>.
- PRATS, À. (2022): "Totes les persones necessitem cuidar i ser cuidades", *La Vanguardia*, 04-05-2022, <<https://www.lavanguardia.com/encatala/20220504/8241078/totes-les-persones-necessitem-cuidar-i-cuidades.html>>.
- RECIO, C.; MORENO, S.; BORRÀS, V. y TORNOS, T. (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan*, n.º 60, pp. 179-193, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.12>>.
- RICCÒ, I.; ANLEU-HERNÁNDEZ, C. M. y DE STEFANI, A. (2024): "Implementing a senior community care model: an Italian top-down cohousing project and nursing home", *Social Inclusion*, vol. 12, art. 7404, <<https://doi.org/10.17645/si.7404>>.
- RICO, M. (2021): *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*, Barcelona, Planeta.
- ROCA, M.; BÁÑEZ, T. y HERNÁNDEZ, A. L. (2022): "Servicios de cuidado de proximidad. Resiliencia y empoderamiento en la pandemia", en COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Valencia, Tirant Humanidades, pp. 147-201.
- ROCARD, E. y LLENA-NOZAL, A. (2022): *Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind*, serie OECD Working Papers, n.º 140, s.l., OCDE, <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/supporting-informal-carers-of-older-people_0f0c0d52-en>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2019): "Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI", *Ekonomiaz*, n.º 96, 2.º semestre, pp. 140-169.
- (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, n.º 1, pp. 13-42, <https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.1>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN, V. (coords.) (2022): *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf>.
- SANCHO, M. y MARTÍNEZ, T. (2021): "El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la covid-19", en BLANCO, A.; CHUECA, A.; LÓPEZ-RUIZ, J. A. y MORA, S. (coords.), *Informe España 2021*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- SARACENO, C. (2010): "Social inequalities in facing old-age dependency: a bigenerational perspective", *Journal of European Social Policy*, vol. 20, n.º 1, pp. 32-44, <<https://doi.org/10.1177/0958928709352540>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2020): *Revisión de la incidencia del COVID-19 en las residencias para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control*, <<https://www.sis.net/es/investigacion/ver-estudio/591/>>.

- SORONELLAS, M. y JABBAZ, M. (2022): "Cuidadoras familiares frente al shock pandémico", en COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Valencia, Tirant Humanidades, pp. 93-145.
- SORONELLAS-MASDEU, M.; CHIRINOS, C.; ALONSO, N. y COMAS D'ARGEMIR, D. (2021): "Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados (Cataluña, España)", en CASTRO, A.; CONTRERAS,

R. H. y CONTRERAS, J. (eds.), *Ganarse la vida. La reproducción social en el mundo contemporáneo*, Ciudad de México, Unam, pp. 209-235.

- VICENTE ECHEVERRÍA, I. (dir.) (s.f.): *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. Personas mayores, s.l.*, Universidad Carlos III de Madrid, <<https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/personas-mayores/>>.

Evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en el municipio de Pasaia (Gipuzkoa)

Matxalen Legarreta-Iza

Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
matxalen.legarreta@ehu.eus

Elena Martínez-Tola

Departamento de Economía Aplicada, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
elena.martineztola@ehu.eus

Unai Villena-Camarero

Hegoa-Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
unai.villena@ehu.eus

Amaia Altuzarra-Artola

Departamento de Políticas Públicas e Historia Económica, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
amaia.altuzarra@ehu.eus

Gipuzkoako Foru Aldundia, Eusko Jaurlaritzarekin batera, zainketen tokiko ekosistemak abian jartzen ari da Gipuzkoako lurralde historikoan. Iraupen luzeko zaintza-zerbitzuak toki-mailan eta modu koordinatuan antolatzen dituzten ekimen berritzaile publiko-komunitarioak dira, autonomiaz eta osasun hobez gizarteratzea sustatzeko, instituzionalizatzeko arriskua murrizteko eta adineko biztanleek etxean irautea luzatzeko helburuarekin. Pasaian zaintzarako tokiko ekosistema garatzeko Pasaia Zaintza HerriLab programaren ebaluazioan emaitza nagusiak azaltzen dira artikuluan. Ebaluazioa 2023ko urtarrila eta abendua bitartean burutu zen, aldaketaren teoriar oinarritutako ikuspegi sistemikotik eta integrazio metodologikoaren bidez. Emaitzek agerian uzten dute gobernantza kolaboratiboa eta hauskortasunean eta prebentzioan oinarritutako zainketa-eredua sendotu direla, eta horrek eragin positiboa duela programaren onuradunarengan, haien familiengan eta langile profesionalengan.

Gako-hitzak:

Zainketen tokiko ekosistemak, iraupen luzeko zaintzarako ekimen publiko-komunitarioak, ebaluazioa, gizarte-berrikuntza, gobernantza kolaboratiboa, desinstituzionalizazioa.

La Diputación Foral de Gipuzkoa, junto con el Gobierno Vasco, está poniendo en marcha ecosistemas locales de cuidados en el territorio histórico de Gipuzkoa. Constituyen experiencias innovadoras público-comunitarias que articulan, a escala local y de forma coordinada, servicios de cuidado de larga duración, para promover una mayor integración social, con autonomía y mejor salud; disminuir el riesgo de institucionalización y alargar la permanencia en el hogar de la población mayor. Este artículo expone los resultados de la evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en Pasaia, llevado a cabo entre enero y diciembre de 2023 desde una perspectiva sistémica basada en la teoría del cambio y mediante la integración metodológica. Evidencia la consolidación de una gobernanza colaborativa y un modelo de cuidados asentado sobre la fragilidad y la prevención, que incide de forma positiva en la población beneficiaria, sus familiares y el personal profesional.

Palabras clave:

Ecosistemas locales de cuidados, iniciativas público-comunitarias de cuidado de larga duración, evaluación, innovación social, gobernanza colaborativa, desinstitucionalización.

1. Introducción

La Diputación Foral de Gipuzkoa, con el apoyo del Gobierno Vasco, está promoviendo en el territorio foral de Gipuzkoa la puesta en marcha de iniciativas público-comunitarias de cuidado de larga duración denominadas ecosistemas locales de cuidados, en el marco de la Estrategia Zaintza HerriLab (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021a, 2022a). Constituyen un esfuerzo deliberado por articular, de forma coordinada y en un municipio concreto, servicios de atención y cuidado, tanto sociales como sanitarios. Su diseño e implementación está liderado, a nivel local, por un grupo motor, en el que pueden llegar a participar, como sucede en Pasaia, además de los ayuntamientos, la Diputación Foral y los departamentos del Gobierno Vasco con competencias en materia de servicios sociales y salud, junto con el resto de los sectores del diamante de cuidados (Razavi, 2007). Los ecosistemas locales de cuidados trabajan desde una perspectiva de la fragilidad y la prevención, con la finalidad de disminuir el riesgo de institucionalización y alargar la permanencia en el hogar de la población mayor del municipio, promoviendo una mayor integración social con autonomía y mejor salud. Si bien nacen y se desarrollan como proyectos piloto, aspiran a consolidarse como un nuevo modelo de cuidados de larga duración en el conjunto del territorio histórico (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2022).

El programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en Pasaia comienza a ejecutarse en 2018. Tiene como población objetivo las personas mayores de 65 años que integran el continuo de atención entre fragilidad y dependencia. Este artículo muestra los principales resultados de la evaluación del programa. El propósito general de la evaluación ha sido mejorar el programa facilitando la toma de decisiones informadas basadas en evidencias. Ha sido llevado a cabo por el equipo que firma el artículo, a petición del Gobierno Vasco y de la Diputación Foral de Gipuzkoa, entre enero y diciembre de 2023. Está basada en la teoría del cambio y se ha desarrollado desde una perspectiva sistémica (Weiss, 1998; Rogers y Weiss, 2007; Rogers, 2008), gracias a la integración metodológica, que permite la complementación y triangulación de diversas técnicas de producción y análisis de datos (Bericat, 1998). Mediante la evaluación, se han identificado la estructura, los principales procesos, así como los productos y resultados a medio y largo plazo en lo que respecta a tres ámbitos interconectados, preestablecidos en el encargo de la evaluación: el modelo de gobernanza, el modelo de cuidados y la sostenibilidad.

La evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab favorece el avance y consolidación de políticas basadas en evidencias. Por ello, se espera que lo expuesto en este artículo constituya una referencia para evaluaciones de iniciativas público-comunitarias desarrolladas tanto en Gipuzkoa y Euskadi, como en otros contextos. De esta forma, se aspira a contribuir

a llenar el vacío existente en dicho campo, debido al temprano desarrollo y escasa precisión conceptual de este tipo de experiencias (Vega Solís *et al.*, 2018; Martínez Buján, 2019), así como a la carencia de una cultura evaluativa en las administraciones públicas y en las entidades del tercer sector (Rebollo *et al.*, 2016).

2. Marco general de la evaluación

2.1. Contexto territorial

Pasaia es un municipio situado en el noreste de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que pertenece al territorio histórico de Gipuzkoa. Según los datos de la Estadística Municipal de Habitantes, cuenta con una población total de 16 658 personas (51,9% mujeres y 48,1% hombres) (Eustat, 2023a). Esta población se encuentra distribuida en cuatro distritos sin continuidad territorial: Antxo, Trintxerpe, San Pedro y Donibane. Tal distribución geográfica y administrativa supone un límite importante en términos de movilidad y accesibilidad, así como para la provisión de servicios sociales y de atención y cuidado a la población. Además, tradicionalmente, Pasaia ha sido uno de los municipios del territorio histórico con menor renta personal media, situándose en torno a los 19 051 euros en 2021 (Eustat, 2023b).

En 2023, el 21,7% de la población total contaba con 65 o más años. Este porcentaje difería para hombres y mujeres: alcanzaba el 18,1% para ellos y ascendía al 25,1% para ellas (Eustat, 2023a). Además, el 4,5% de la población tenía 85 o más años (el 2,6% entre los hombres y el 6,2% entre las mujeres) (Eustat, 2023b). Todo ello determina unas necesidades elevadas de cuidados de larga duración, así como la existencia, previsiblemente, de un mayor número de mujeres usuarias de los servicios relacionados en situación de fragilidad o dependencia. Los valores señalados para el municipio en torno al envejecimiento de la población se encuentran en línea con la media del territorio histórico y el conjunto de la comunidad autónoma, donde se observa un proceso de envejecimiento muy intenso en las últimas décadas (Eustat, 2021). De esta forma, el territorio vasco destaca, en el contexto español y europeo, por tener una elevada proporción de personas de 65 y más años y ocupaba, en 2020, el segundo puesto en la clasificación de los países europeos según este indicador, siguiendo a Italia y superando la media del Estado en más de tres puntos porcentuales (Eustat, 2020). Todo ello ha promovido la activación de políticas, iniciativas y recursos en el ámbito de los cuidados de larga duración por parte de ayuntamientos, diputaciones forales y del Gobierno Vasco.

Concretamente, en el municipio de Pasaia las necesidades de atención a las personas mayores en términos absolutos son muy elevadas y difíciles de atender, habida cuenta de la renta disponible, los recursos existentes y las dificultades añadidas en términos de dispersión geográfica de la población

objeto de atención. Según los datos disponibles en Behagi-Observatorio Social de Gipuzkoa, en 2022 la población mayor de 64 años suponía un total de 3572 personas (en torno al 60% eran mujeres). Según la misma fuente, había en torno a 653 personas mayores de 64 años valoradas con algún grado de dependencia y, de ellas, 119 estaban valoradas con grado III, esto es, dependencia severa. Además, un total de 225 personas mayores de 64 años solicitaron la valoración de dependencia y obtuvieron un grado 0; de ellas, 137 personas contaban con más de 79 años.

2.2. Caracterización del programa

El programa Pasaia Zaintza HerriLab tiene como población objetivo las personas del municipio mayores de 65 años que integran el continuo de atención entre fragilidad y dependencia. Está estructurado en cinco objetivos estratégicos (Diputación Foral de Gipuzkoa *et al.*, 2020). El primero es la promoción de un nuevo modelo de gobernanza institucional. Hace referencia al desarrollo de las condiciones institucionales que dan soporte al ecosistema local de cuidados. El segundo es el despliegue de un nuevo modelo de atención. Se concreta en la operacionalización e implementación del modelo de atención centrada en la persona. El tercero es el fomento de un nuevo modelo de innovación. Está vinculado con el impulso de metodologías y proyectos experimentales (innovación social y tecnológica) que producen evidencias para la toma de decisiones y la creación de nuevos servicios. El cuarto es el desarrollo de un nuevo modelo de aprendizaje. Se lleva a cabo mediante el impulso de metodologías de evaluación del ecosistema local de cuidados, la formación para el empleo y la transferencia de la estrategia Pasaia HerriLab a otros municipios y comarcas del territorio histórico de Gipuzkoa. El quinto, y último, es el diseño y desarrollo del modelo de sostenibilidad. Hace referencia a la sostenibilidad económica, institucional y social de la estrategia Pasaia HerriLab. A efectos de la evaluación, se consensúa con los agentes solicitantes de la evaluación trabajar conjuntamente el primer y tercer objetivo, por un lado, y el segundo y cuarto, por otro. De esta forma, el modelo de gobernanza y la innovación se articulan como un único ámbito de evaluación, al igual que el modelo de cuidados y el aprendizaje. Como resultado, la evaluación se concreta en tres ámbitos: el modelo de gobernanza, el modelo de cuidados y la sostenibilidad.

Los objetivos estratégicos perseguidos por el programa Pasaia Zaintza HerriLab aspiran a lograr resultados a través de dieciséis líneas de trabajo, una de las cuales contempla la puesta en marcha en el municipio de cuatro proyectos experimentales: Etxean Bizi, OK en Casa, Hauskor y Adinkide. En el momento de llevar a cabo la evaluación, Etxean Bizi se encontraba asentado en los servicios sociales del municipio como forma de trabajo. Los proyectos experimentales tienen en común que trabajan desde una perspectiva de la fragilidad y la prevención.

Etxean Bizi está impulsado por la Diputación Foral de Gipuzkoa y está inspirado en la experiencia Etxean Ondo, promovida por el Gobierno Vasco y el Instituto Matia. Se dirige a la reformulación del modelo de apoyos y atenciones a las personas en situación de fragilidad o dependencia que desean seguir viviendo en su entorno según el modelo de atención centrada en la persona¹. OK en Casa ofrece apoyo a las personas que cuidan a una o un familiar mayor en situación de dependencia en el hogar, con el fin de mejorar su calidad de vida y facilitar el día a día del cuidado, a través de una solución tecnológica que permite un seguimiento sistemático de los casos². Hauskor es una iniciativa desarrollada por la Fundación Hurkoa para prevenir, detectar de manera precoz y atender situaciones de fragilidad social en personas mayores que viven solas en su domicilio, pero requieren un apoyo social para satisfacer algunas de sus necesidades³. Adinkide dirige su labor a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de aislamiento o soledad, a través de la acción y el acompañamiento de voluntariado cualificado⁴.

Según datos proporcionados por el Ayuntamiento de Pasaia, en 2022 los servicios sociales del municipio atendían en total a 662 personas mayores. Todas ellas se consideran beneficiarias del programa. Entre las personas atendidas, se encontraban 33 casos considerados complejos en función de los criterios aplicados por los servicios sociales municipales, así como por las entidades participantes en lo que respecta a las personas atendidas por los proyectos experimentales. Además, según datos proporcionados por las personas responsables de los proyectos experimentales, a octubre de 2023, Hauskor atendía a 25 personas en situación de fragilidad, Adinkide ofrecía acompañamiento mediante la colaboración de personas voluntarias a 26 mayores y OK en Casa prestaba ayuda a 27 familias de personas en situación de dependencia. Algunas personas participaban simultáneamente en más de un proyecto experimental.

2.3. Mapa de agentes

El mapa de agentes del programa Pasaia Zaintza HerriLab está compuesto por el Ayuntamiento, tres ambulatorios, la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Gobierno Vasco (el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, y el Departamento de Salud), la Universidad de Deusto, la Universidad del País Vasco, la Fundación Hurkoa, la Fundación Matia, Adinkide, OK en Casa, el hogar de personas jubiladas de Pasaia, así como las personas cuidadoras y las personas usuarias del programa (PKF Attest y Diputación Foral de Gipuzkoa, 2024). Expresa, por tanto, la cooperación público-público y con el

¹ Etxean Bizi: <<https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi/>>.

² OK en Casa: <<https://okencasa.com>>.

³ Hauskor: <<https://www.hurkoa.eus/es/servicios/fragilidad/>>.

⁴ Adinkide: <<https://grandesamigos.org>>.

resto de los sectores del diamante de cuidados, con prevalencia de la iniciativa social.

Otro agente relevante en el seguimiento, la evaluación y el escalado del programa Pasaia Zaintza HerriLab y, de forma general, de la Estrategia Zaintza HerriLab es el Hub de Escalado. Se trata de una estructura creada en 2021 con el objetivo de diseñar y poner en marcha una infraestructura de escalado que contempla la sistematización, monitorización, evaluación, transferencia y difusión de los ecosistemas locales de cuidados. Algunos de los agentes identificados en el mapa de agentes del programa Pasaia Zaintza HerriLab forman parte también del Hub de Escalado. Concretamente, el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Gipuzkoa, la Fundación Matia, la Universidad de Deusto y la Universidad del País Vasco, junto con la Fundación Adinberri, IZFE (Plataforma Federada de Datos), la Fundación Gizalab-Centro de Innovación Social y PKF Attest. El equipo que firma el artículo participa en el Hub de Escalado.

3. Propósitos de la evaluación y técnicas de producción y análisis de datos

3.1. Propósitos de la evaluación

El propósito general de la evaluación ha sido mejorar el programa facilitando la toma de decisiones informadas basadas en las evidencias de la evaluación. De este modo, atiende a dos de los cuatro propósitos posibles de los ejercicios evaluativos planteados por Greene (2007): mejora del programa y toma de decisiones, relacionados principalmente con los intereses o requerimientos de los actores con capacidad de decisión sobre el programa y de los agentes responsables de su implementación. Para lograr dicho propósito general, la evaluación ha perseguido tres propósitos específicos, cada uno de los cuales toma en consideración uno de los ámbitos de evaluación mencionados anteriormente. Como se ha llevado a cabo desde una perspectiva sistémica basada en la teoría del cambio (Weiss, 1998; Rogers y Weiss, 2007; Rogers, 2008), se ha podido dar respuesta al propósito general de la evaluación de forma integral, mediante la interconexión de los tres propósitos específicos y sus correspondientes ámbitos de evaluación.

El primer propósito específico ha sido estimar en qué medida el ecosistema local de cuidados tiene la capacidad de conectar a los actores a diferentes niveles y producir interacciones fructíferas entre ellos. El segundo propósito específico ha sido estimar en qué medida el ecosistema local cuidados mejora la calidad de vida de las personas beneficiarias en términos de menor institucionalización y mayor integración social con autonomía, salud y permanencia en el hogar. El tercero ha sido estimar en qué medida el ecosistema local de cuidados es una estrategia de atención eficaz y sostenible a nivel local. Según Varela y Santomé (2002: 3), "aunque la sostenibilidad real no puede evaluarse

a priori", ya que se estaría valorando la supervivencia o no del programa, algo que todavía no ha ocurrido, es posible evaluar las perspectivas de sostenibilidad mediante "la determinación de la extensión en la que se han incorporado en el diseño del proyecto aquellos aspectos que la experiencia demuestra que son factores de influencia". Esto es especialmente relevante en experiencias piloto como el programa Pasaia Zaintza HerriLab.

3.2. Técnicas de producción y análisis de datos

La evaluación se ha llevado a cabo siguiendo una perspectiva de integración metodológica con una doble orientación (Greene *et al.*, 1989), que permite una mayor robustez de los resultados: la triangulación y la complementación. Siguiendo a Bericat (1998), por un lado, se ha optado por la triangulación para lograr la convergencia de los datos producidos por diferentes técnicas, al emplear más de un método con la misma finalidad y, por otro, la complementación para conseguir la simultaneidad, y no la convergencia, de dos imágenes diferentes que amplían la comprensión de los hechos. Así, se ha empleado la triangulación a la hora de responder a una pregunta de evaluación mediante indicadores que se alimentan de datos cuantitativos y cualitativos y la complementación para producir información sobre una dimensión o subdimensión de la evaluación mediante varias preguntas de investigación que se responden con indicadores cualitativos y cuantitativos. Concretamente, se han elegido técnicas de investigación tanto cuantitativas como cualitativas para producir datos y producir información que responda a las preguntas de evaluación. Además, se han diseñado análisis de segundo nivel sobre información producida por dichas técnicas.

El trabajo de campo se ha dividido en dos fases: el diseño de la evaluación, llevado a cabo de enero a julio de 2023, y su implementación, de julio a diciembre del mismo año. A continuación, se explican todas las técnicas de producción y análisis de datos empleadas.

Entrevistas semidirigidas y grupo triangular

Para producir datos cualitativos, se han llevado a cabo 22 entrevistas semidirigidas y un grupo triangular. Se han realizado entrevistas con agentes institucionales, agentes que participan en el Hub de Escalado, representantes de proyectos experimentales, responsables de departamentos del Ayuntamiento, familiares de personas beneficiarias y personas beneficiarias. En dos entrevistas, han participado dos personas y en una, tres. En el grupo triangular, han participado profesionales de diferentes perfiles. Conformado por tres informantes, a modo de "triángulo", el grupo triangular ocupa una posición intermedia entre las entrevistas y los grupos de discusión. Se considera particularmente idóneo para captar los discursos emergentes, todavía no

cristalizados, en proyectos o intervenciones con un alto grado de innovación o dinamismo (Conde, 2008).

Las personas familiares de personas beneficiarias del programa entrevistadas y las beneficiarias han sido seleccionadas teniendo en cuenta su género, las necesidades de apoyo de la persona beneficiaria, así como el uso de los servicios de atención y la participación en proyectos experimentales de la persona beneficiaria. Todos los contactos de personas familiares y personas beneficiarias entrevistadas han sido facilitados por las trabajadoras de los servicios sociales municipales de Pasaia. La tabla 1 resume los perfiles, características y número de personas participantes en el trabajo de campo cualitativo y el anexo ofrece información adicional al respecto.

Las entrevistas y el grupo de triangular han tenido una duración de entre 45 minutos y 2 horas y media. Han sido grabadas y transcritas literalmente para su posterior análisis. Los nombres de las personas, así como su afiliación, han sido anonimizados. Todas las participantes en el trabajo de campo han firmado un consentimiento informado. Algunas entrevistas han tenido lugar en euskera y han sido traducidas por las autoras del artículo.

Cuestionarios

Para producir datos cuantitativos, se han dirigido sendos cuestionarios a profesionales y a personas beneficiarias del programa. El cuestionario a profesionales se remitió a trabajadoras de atención y cuidado, tanto social como sanitario, de Pasaia,

ubicadas en servicios sociales municipales que atienden a población mayor, ambulatorios, centros de día, centro de atención diurna y servicios de atención a domicilio. Se administró a través de Google Forms y obtuvo una tasa de respuesta del 56,5 %, lo que para una encuesta en línea se considera alta. Esto es, de las 69 personas empleadas en los servicios de atención y cuidado, social y sanitario, de Pasaia, respondieron el cuestionario 39 personas, todas mujeres, lo que coincide con la alta presencia de mujeres entre las profesionales de servicios de atención y cuidado del municipio (94,2 %).

El cuestionario a personas beneficiarias del programa se administró de forma presencial a una muestra de 135 personas. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional según cuotas de sexo, grupo de edad y zonificación (distritos). El margen de error ha sido de $\pm 7,53\%$, con un nivel de confianza del 95 %. La tasa de participación, que se ha situado en un 64 %, alcanza un 72 % en hombres y un 62 % en mujeres. Tomando en cuenta las características particulares del colectivo (personas mayores en situaciones de fragilidad o dependencia), se trata de una tasa de participación muy satisfactoria.

Análisis de datos de registro

Se ha llevado a cabo un análisis de datos cuantitativos de registros administrativos disponibles en distintas instituciones públicas, recogidos a lo largo de los últimos años en dos fuentes de información complementarias. Por un lado, se han utilizado datos anonimizados sobre el uso de diversos servicios

Tabla 1. Perfiles y características de las personas participantes en el grupo triangular y en las entrevistas semidirigidas

Técnica	Perfil	Ámbito de trabajo / características	Mujeres	Hombres	Total
Grupo triangular	Servicios de atención y cuidado, social y sanitario, municipales	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ámbito social • 1 ámbito sanitario 	2	1	3
	Agentes de instituciones públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Diputación Foral de Gipuzkoa • Gobierno Vasco • Ayuntamiento de Pasaia 	1	2	3
Entrevistas semidirigidas	Agentes de la estructura Hub de Escalado	<ul style="list-style-type: none"> • Fundación GizaLab • Universidad de Deusto • IZFE (Plataforma Federada de Datos) 	—	4	4
	Personal técnico de departamentos del Ayuntamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables de servicios sociales municipales • Técnica de Igualdad • Técnico de Deportes 	3	1	4
	Proyectos experimentales	<ul style="list-style-type: none"> • Fundación Matia • Fundación Hurkoa • Adinkide • OK en Casa 	5	2	7
	Familiares de personas beneficiarias y antiguas beneficiarias del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Descendientes (3) • Parejas (2) • En dos casos, las personas beneficiarias ya no formaban parte del programa en el momento de la entrevista, por encontrarse en una residencia. 	3	2	5
	Personas beneficiarias del programa Pasaia Zaintza HerriLab	<ul style="list-style-type: none"> • En una de las entrevistas participa tanto la persona usuaria como el familiar responsable de su cuidado. 	3	1	4
Total			17	13	30

Fuente: elaboración propia.

sociales dirigidos a la población, facilitados por el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para el periodo 2010-2022. Por otro lado, se han utilizados datos anonimizados del servicio público de teleasistencia BetiON para el periodo 1997-2023, suministrados por la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco como responsable del servicio.

Análisis de marcos interpretativos

El análisis de marcos interpretativos ha permitido identificar el grado de coherencia del ecosistema local de cuidados y del programa Pasaia Zaintza HerriLab con las estrategias y la normativa de referencia: la Estrategia Europea de Cuidados (Comisión Europea, 2022); la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales; el *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023-2026* (Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2023) y el *Libro blanco. Gipuzkoa 2030: el futuro de la atención y los cuidados en las políticas sociales* (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021b). Se ha basado en la metodología utilizada por Bustelo y Lombardo (2013) para comparar los textos en ciertos puntos clave (definición del problema y cómo se representa, qué solución se ofrece, cuál es el grupo objetivo de las medidas, entre otros) y reconocer los procesos de exclusión, es decir, quiénes no tienen voz en la interpretación del problema y su solución.

Análisis de seguimiento

El análisis de seguimiento se ha llevado a cabo a partir de la información producida por el sistema de seguimiento y monitorización del programa Pasaia Zaintza HerriLab en torno al grado de madurez alcanzado por el ecosistema local de cuidados. La madurez de un ecosistema local de cuidados se define como el desarrollo alcanzado en los hitos o acciones clave de despliegue o puesta en marcha respecto a lo inicialmente planeado (PKF Attest y Diputación Foral de Gipuzkoa, 2024). Por tanto, se trata de un análisis de segundo nivel sobre información producida por técnicas cualitativas y cuantitativas empleadas por el sistema de seguimiento.

Análisis de sostenibilidad

Se ha realizado una valoración de la influencia de los factores de sostenibilidad mediante una síntesis específica y transversal de los principales factores de sostenibilidad detectados en el marco de la evaluación. Se trata de un análisis de segundo nivel llevado a cabo a partir de la información producida por las técnicas cualitativas y cuantitativas descritas anteriormente, que pone el foco en la sostenibilidad. Se han analizado las siguientes dimensiones de la sostenibilidad: la sostenibilidad de diseño, de equidad de género, de innovación, financiera, institucional, organizativa y social.

4. Principales resultados de la evaluación

Los resultados de la evaluación se han dividido en seis apartados. El primero pone el foco en el grado de madurez y en la sostenibilidad del ecosistema local de cuidados de Pasaia y ofrece una panorámica general. El segundo se centra en el modelo de gobernanza y aborda la conexión, coordinación y el trabajo conjunto entre agentes. El tercero se centra en la innovación social y tecnológica. El cuarto atiende al personal técnico de servicios de atención y cuidado, social y sanitario, del municipio y profundiza en la adquisición de competencias y la satisfacción laboral. El quinto incide en la cobertura, accesibilidad y satisfacción de los servicios por parte de las personas usuarias. El sexto, y último, muestra el efecto del programa en la población beneficiaria y, de forma indirecta, en sus familiares.

4.1. Madurez y sostenibilidad del programa

El ecosistema local de cuidados de Pasaia muestra un nivel de madurez avanzado, con una puntuación global de 74 sobre 100, con notables éxitos en la incorporación de prácticas innovadoras y el desarrollo de un sistema de cuidados integrado (PKF Attest y Diputación Foral de Gipuzkoa, 2024). Una mirada a los diversos factores de sostenibilidad complementa la información del grado de madurez y ofrece un panorama general sobre el desarrollo del ecosistema local de cuidados.

Respecto a la sostenibilidad de diseño, el diseño de servicios refleja un compromiso de responder a las necesidades y preferencias de las personas usuarias de los servicios de atención y cuidado, social y sanitario, del municipio. Respecto a la sostenibilidad institucional, la reestructuración del Departamento de Servicios Sociales del municipio se evidencia como un logro clave de la incorporación del nuevo modelo de cuidados en el ámbito institucional, que pone de relieve un profundo cambio en la cultura organizativa hacia la adecuación de los servicios a las necesidades y preferencias de las personas usuarias. El ecosistema local de cuidados muestra un alto grado de alineación con las estrategias y planes de referencia en el ámbito de la atención y cuidado, tanto local como europeo, lo que indica su buena posición para responder a las directrices políticas y las expectativas de la sociedad. En relación con la sostenibilidad organizativa, la consolidación de nuevas formas organizativas en los servicios de atención y cuidado del municipio revela un entendimiento claro de las estructuras y los procesos necesarios para una atención efectiva. El incremento en las conexiones entre agentes es un indicador positivo de una mayor colaboración.

En cuanto a la sostenibilidad social, la activación comunitaria y la participación ciudadana se muestran cruciales para el desarrollo del ecosistema local de cuidados. Se observan esfuerzos por fomentar la implicación y activación comunitaria. En cuanto

a la sostenibilidad de género, si bien se observan tenues avances en la distribución del trabajo y la responsabilidad de cuidados entre mujeres y hombres en los hogares, las estructuras existentes no reflejan plenamente una perspectiva de género. La sostenibilidad de innovación presenta avances desiguales. En relación con la innovación social, se constata la consolidación e integración institucional del modelo de gobernanza colaborativa, junto con la interiorización de herramientas clave como la fragilidad y la prevención. En relación con la innovación tecnológica, la Plataforma Federada de Datos muestra la integración de innovaciones tecnológicas dentro de las operaciones institucionales, si bien en el momento de llevar a cabo la evaluación aún está en sus etapas iniciales. Con todo, el ecosistema local de cuidados emerge en sí mismo como una innovación que responde al reto planteado por las políticas de transición.

En los siguientes apartados, se ahonda en las cuestiones señaladas.

4.2. Conexión, coordinación y trabajo conjunto

El diseño del modelo de gobernanza permite la conexión y coordinación entre agentes. Fue proporcionado por la Universidad de Deusto y recibe valoraciones positivas tanto por su distribución y funcionamiento, que se considera funcional, como por la forma en la que se diseñó, de manera participada, por quienes formarán posteriormente parte del ecosistema local de cuidados:

Por un lado, están el grupo motor, digamos, que serían todos los agentes, las instituciones, que traccionan el proyecto, que lideran el proyecto; luego, también hay un grupo de trabajo con los proyectos experimentales. Luego está el de Osakidetza, el municipal interno [...] Se crean reuniones periódicas para poder hacer seguimiento, valoración y seguir desarrollando, y luego es el grupo motor quien coordina todo. Sí, la verdad es que está bastante sistematizado y está bien en ese aspecto. [E14, institución pública]

Pero bueno, la cosa es que hemos tenido tantas reuniones [...] para entender. Diría [que] la[s] que tenemos ahora son cada mes o cada dos meses. Antes, al principio, podría ser también cada mes o un poco más. Lo que pasa [es] que luego... Tengo que hacer memoria, ¿eh? O sea, las reuniones que hacemos ahora, que ya va rodado, ya son informales, ¿sabes? Ya no es que nos pongamos una frecuencia, porque ya tenemos interiorizado el sistema. [E8, proyecto experimental]

Los agentes del ecosistema local de cuidados se perciben como complementarios en sus funciones y en sus miradas, y expresan un papel activo en la coordinación. El equipo de servicios sociales municipales es referencial y adopta la función de centralizar las interacciones, lo que se juzga de forma

positiva, al facilitar la comunicación y colaboración entre agentes y otorgar estabilidad al modelo:

X [representante del Proyecto Experimental 3] tiene que estar muy atenta a lo que organiza Y [Proyecto Experimental 2], a lo que hay en los servicios municipales, a conocer a la persona y a ver cómo casamos a esa persona con el proyecto, o si va a los jubilados o a otro sitio, o que le convendría ir a servicios de atención... [E10, proyecto experimental]

Es muy fácil comunicarse con ellas [las trabajadoras de los servicios sociales municipales], entonces, ellas centralizan un poco toda la información y, entonces, cuando ven personas mayores que pueden detectar que se sienten solas, me las pueden derivar a mí. [E8, proyecto experimental]

Se subraya el clima de confianza y colaboración generado entre agentes de diferentes ámbitos de trabajo y niveles administrativos, en torno al desarrollo de ecosistemas locales de cuidados en el territorio histórico de Gipuzkoa, así como, de forma más concreta, el buen ambiente de trabajo producido por el equipo de servicios sociales del municipio y su repercusión favorable en la coordinación y colaboración entre agentes, lo que repercute de manera positiva en la calidad de la atención prestada:

Se está generando confianza, se está generando trabajo entre agentes diferentes, de diferentes partidos políticos... Es un clima muy bueno y muy propicio para la innovación y para hacer cosas nuevas [...]. Ellos están acertando en el territorio, y yo rescato de las entrevistas que estamos haciendo la valoración positiva que hacen todos los agentes de diferentes partidos políticos de las entidades que desarrollan los [proyectos] pilotos, que no tienen queja a este respecto, sino todo lo contrario, se le reconoce a la Diputación. [E2, Hub de Escalado]

Disposición por parte de los servicios sociales municipales y del sistema de salud, seguro [que había previo al programa Pasaia HerriLab] y buen rollito, también. Que eso se preserve es condición *sine qua non* para que el ecosistema funcione. [E5, institución pública]

Se considera que el modelo de cuidado, basado en la proximidad y la atención directa, facilita una mirada atenta a la coordinación. Además, el aumento de las visitas a domicilio permite conocer mejor las demandas, lo que facilita la creatividad:

De esta manera, conoces mucho más a la persona, conoces mucho más a la familia, empezas a..., conoces quién está trabajando en ese domicilio y esa necesidad de coordinarte mejor con esa auxiliar, con la interna, con la del SAD [servicio de asistencia domiciliaria]... Y eso, hay... Se generó ahí, cuando es verdad que antes no veíamos todo esto... Había como un muro, que decíamos: "¡jo!,

cómo le íbamos a cuidar bien si no conocíamos esta realidad, ¿no?». [E3, proyecto experimental]

La coordinación con agentes que no dependen del Ayuntamiento es satisfactoria, aunque implica retos. Con los servicios sanitarios municipales, que dependen del Departamento de Salud del Gobierno Vasco-Osakidetza, se realizan reuniones de trabajo en torno a casos concretos para articular las actuaciones con los servicios sociales:

Con Osakidetza, que hasta ahora..., bueno, hasta que igual no hemos empezado a trabajar, era como algo más lejano. Ahora sí que tenemos acuerdos, por ejemplo, pues en las reuniones mensuales ya compartimos casos que a ellos les interesan, y a nosotras también. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Asimismo, en la experiencia y el rodaje del ecosistema local de cuidados emergen nuevas colaboraciones y servicios diseñados, por ejemplo, entre los servicios sociales, los proyectos experimentales, el Departamento municipal de Igualdad, de Deporte y Medio Ambiente y el trabajo conjunto con el hogar de personas jubiladas:

Y que no solo sea para tercera edad. Meterles, por ejemplo, con el tema de igualdad, con el tema de las ganchilleras... Dentro del taller de Jabetza Eskola [Escuela de Empoderamiento], hay un tema de hacer ganchillo. Entonces, a ese curso, a ese taller de ganchillo, se incorporan con el acompañamiento de Hauskor y con el de X [responsable de Adinkide]. Se acercan mujeres más mayores que empiezan a hablar con el tema del ganchillo, de cómo lo hacen, etcétera, etcétera. De ahí acabamos participando, por ejemplo, en el Festival Marítimo [...]. Esto no viene desde Tercera Edad y desde Servicios Sociales, sino que viene desde Igualdad y Medio Ambiente. [E4, técnica del Ayuntamiento]

Por ejemplo, tenemos relación con el hogar de jubilados y, parece una tontería, pero es bastante nuevo tener una relación tan directa. Por ejemplo, este año, un curso de la Escuela de Empoderamiento lo hemos organizado en el local de los jubilados de San Pedro y hasta ahora no se hacía. [E11, técnica del Ayuntamiento]

Se percibe un trabajo activo con la comunidad, que reporta resultados positivos y buena disposición para llevarlo a cabo por parte del personal técnico:

Yo he visto también que hay relación con lo comunitario, hasta ahora igual no nos lo planteábamos, vamos a la residencia a ver si están dispuestos a organizar el curso... y gracias a esto se hacen esas relaciones y, encima, bien... No sé, tiene beneficios para todas las personas. [E11, técnica del Ayuntamiento]

En general, la coordinación y el trabajo conjunto produce beneficios para todos los agentes. Por

ejemplo, el mayor contacto entre los servicios sociales municipales y los ambulatorios da pie a una relación de confianza y un mayor conocimiento de recursos. Desde el SAD, se constata una mayor agilidad de respuesta:

O sea, ahora para nosotros, por ejemplo... Como Osakidetza, los servicios sociales son un recurso super-superpotente también, cosa que antes era como..., pues eso, "hala, ir allí y a ver qué os dan", y ahora no me da tanto esa sensación. Y luego, pues los puentes que se han tendido, creo que vienen a facilitar. Que, además, creo que se han establecido bastante bien; quiero decir, no hay un abuso por parte de servicios sociales: nosotros intentamos cumplir cuando ellos nos piden, porque solo nos piden aquellos [casos] que son... o que ellos los ven necesarios... Entonces, yo creo que ha sido un ganar. Yo creo que la relación con ellos es mucho más estrecha e incluso ya no solo por mi parte, los compañeros médicos, enfermeras tienen toda la tranquilidad de levantar el teléfono y hablar con X, hablar con Y [ambas, trabajadoras sociales] en un caso concreto si hace falta o este caso se ha torcido o este no... [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Lo que es desde la ayuda a domicilio se nota muchísimo. Antes, se ponían casos y quedaban ahí, "ya lo he puesto y ya está", como que se libraban, ¿no? Pero sí que ya llevamos una temporada bastante larga con que hay mucha coordinación. Enseguida cualquier problema que notes lo trasladas y, a la vez, ellas lo trasladan o al médico o lo que sea. En eso, ha mejorado muchísimo la coordinación y la comunicación. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Con todo, el modelo de gobernanza está integrado institucionalmente. Destaca la reestructuración del Departamento de Servicios Sociales de Pasaia a raíz de la implementación del programa. Se pone en valor el esfuerzo realizado por ese departamento y se entiende que los cambios estructurales, si bien suponen un esfuerzo, son estables y difíciles de revertir:

Sí, yo creo que, sobre todo, Tercera Edad, por supuesto, en el Departamento ha implicado muchos cambios. Ha reestructurado el Departamento para poder organizarnos y poder llegar [...]. Planteamos una nueva forma de trabajar y para poder plantear esa nueva forma de trabajar, porque es más atención en calle, más personal de referencia; bueno, pues había que redistribuir las funciones de cada una. Entonces, se reorganizó la parte de Tercera Edad para poder atender a los distritos y poder atender de una forma diferente y por hacer los seguimientos de una forma diferente y más personalizada. ¿Implica trabajo? Muchísimo. ¿Ha supuesto cambios? Sí. ¿Tienen más trabajo, más carga? Sí. Pero también creo que les compensa. O sea, satisfacción, ¿no? Satisfacción de ver que es un proyecto que está funcionando.

[...] Entonces, ha cambiado la forma de trabajar, sí. Administrativamente, sí. ¿Que supone más trabajo y más carga? Probablemente. Me imagino que también será. Bueno, pues un poco hasta que se adapte y se perpetúe y se establezca todo este modelo, pero al final piensa que no deja de ser un modelo en construcción. Todavía le queda mucho recorrido. Pero sí, a nivel interno y administrativo ha sido un cambio brutal. [E14, institución pública]

4.3. Innovación social y tecnológica

Desde una perspectiva integral, el ecosistema local de cuidados, en su conjunto, se presenta como una innovación que responde a los retos planteados en el marco de las políticas de transición:

Entonces, eso era la visión sistémica para responder a los cuidados, desde el liderazgo de la responsabilidad pública, coordinarnos con los diferentes agentes, compartir información y poder garantizar una continuidad de atención. Todo eso [lo] teníamos claro como principios. Entonces, los ecosistemas, en ese marco de políticas de transición, plasman todo eso. En una iniciativa concreta, piloto, experimental... con muchísimas cosas por aprender, pero probablemente es lo más potente que hemos tenido hasta ahora. Probablemente no, es lo más potente que hemos tenido hasta ahora en coordinación sociosanitaria. [E5, institución pública]

El desarrollo del ecosistema local de cuidados ha sido posible por la implicación de diversos agentes, como la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Gobierno Vasco (Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales y Departamento de Salud), Osakidetza y la Fundación Adinberri, la Fundación Hurkoa y Adinkide, así como, en gran parte, porque el municipio ha sido escenario previo de proyectos orientados al cambio de modelo de atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, entre los que destaca Etxean Bizi:

Entonces, visto que el proyecto Etxean Bizi era un proyecto que se llevó a cabo aquí en Pasaia, en Rentería, en Elgoibar..., había dado muy buenos resultados. Vista la situación que teníamos respecto al envejecimiento de la población y entendiendo que era necesario seguir avanzando y profundizando en ese ámbito, bueno, pues de la mano de [la] Diputación Foral de Gipuzkoa, [el] Gobierno Vasco, Osakidetza, [la] Fundación Adinberri... Y luego ya, pues, [la] Fundación Hurkoa, y Adinkide también... bueno, pues decidimos embarcarnos en Pasaia HerriLab, que luego se convirtió en el ecosistema local de cuidados. [E14, institución pública]

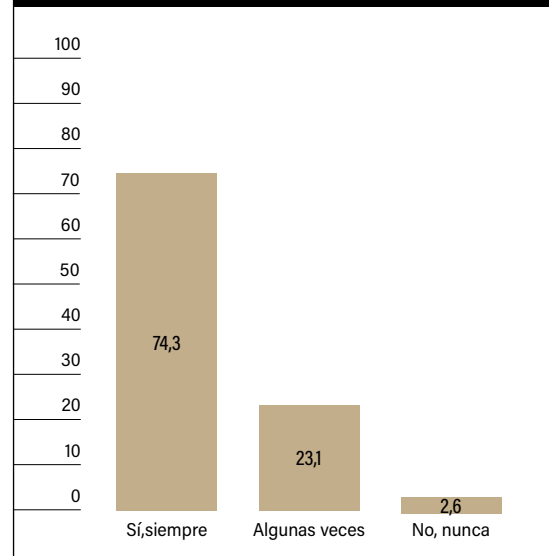
Dentro de ese marco global, el modelo de gobernanza basado en el trabajo conjunto y la coordinación entre agentes se evidencia como una innovación social relevante. Se trata de un modelo asentado e

interiorizado, que ha facilitado el trabajo conjunto y que, paralelamente, ha contribuido a producir una mirada compartida respecto a conceptos clave como fragilidad, lo que ha mejorado el trabajo preventivo:

Entonces, lo que intentamos son estrategias para generar esa red, darnos a conocer unos a otros, intentar unificar lenguajes en cuanto a la fragilidad y a la complejidad, intentar diseñar interacciones y procesos que hicieran que pudiéramos ser capaces de circular las situaciones y de activarnos en una misma situación cuando cualquiera de los que estábamos creando el ecosistema detectara esa necesidad en relación con esa persona o esa familia. [E4, técnica del Ayuntamiento]

La elevada proporción de profesionales que conoce a quién dirigirse dentro de las nuevas estructuras organizativas evidencia una implementación efectiva de tal innovación. El 74,4% afirma que "siempre" sabe a quién dirigirse para resolver dudas relacionadas con los nuevos modelos de atención y cuidados, lo que indica una comprensión y adaptación efectivas a la estructura organizativa, reflejando una integración exitosa de los cambios propuestos por el programa (gráfico 1).

Gráfico 1. Capacidad para reconocer a quién dirigirse para resolver dudas sobre temas relacionados con los nuevos modelos de atención, las nuevas formas de entender el cuidado y la atención ante la demanda de nuevos servicios (%)



Fuente: elaboración propia

Otro aspecto relevante que se pone de manifiesto como innovador es la inclusión en los ecosistemas locales de cuidados de herramientas para detectar la fragilidad. La aplicación de una herramienta de diagnóstico de fragilidad por parte de Hurkoa permite la inclusión de nuevos perfiles y es una pieza clave para el trabajo de prevención. La gestión de casos desarrollada por la Fundación Matia en el marco del programa Etxean Bizi es otro de los aspectos que emerge como innovación social:

Sí, sí, de hecho, la herramienta que ha desarrollado Hurkoa para la fragilidad... Muchas veces no hace falta que se descubra la penicilina. Pero sí que es cierto que... Sí, yo creo que han supuesto mejoras, han supuesto innovación. Y también otra forma de trabajar. [E14, institución pública]

Luego, [la] gestión de casos, que forma parte de un espacio de innovación pública en el sentido que el Ayuntamiento lo absorbe, como parte de su propia dinámica, y que ofrece un servicio de diferentes características, en ese sentido, es innovación pública. [E1, Hub de Escalado]

En relación con la innovación tecnológica, si bien en el momento de llevar a cabo la evaluación se advierte que aún no tiene suficiente recorrido, cabe destacar la Plataforma Federada de Datos. Se trata de la herramienta para crear un espacio de datos federado en el ámbito de los cuidados, compartido entre las diferentes entidades públicas, privadas y comunitarias de los ecosistemas locales de cuidados de Gipuzkoa. El intercambio de datos, salvaguardando los requerimientos de la normativa de protección de datos, crea altas expectativas al considerarse su gran potencial transformador:

Todo esto [de la Plataforma Federada de Datos] está por explotar, ¿eh? O sea, quiero decir que, realmente, lo único que tenemos ahora mismo es este espacio de datos en Pasaia. Pero parece lógico que ciudades grandes también se puedan beneficiar. Y ahora la Diputación lo que quiere es escalar esto. [...] Y a futuro, se irá haciendo y se irá viendo qué funciona mejor, qué no funciona mejor, pues se irá viendo y se irá puliendo todo esto. [E9, Hub de Escalado]

4.4. Adquisición de competencias y satisfacción laboral

Se constata un alto nivel de sistematización de la transformación del modelo de atención y cuidado articulado sobre la prevención y la fragilidad. La

mirada compartida y la apuesta firme por trabajar desde tal perspectiva forma parte de los procesos de trabajo ordinarios de las profesionales, sobre todo en los servicios sociales municipales, pero también del resto de servicios de atención y cuidado, social y sanitario:

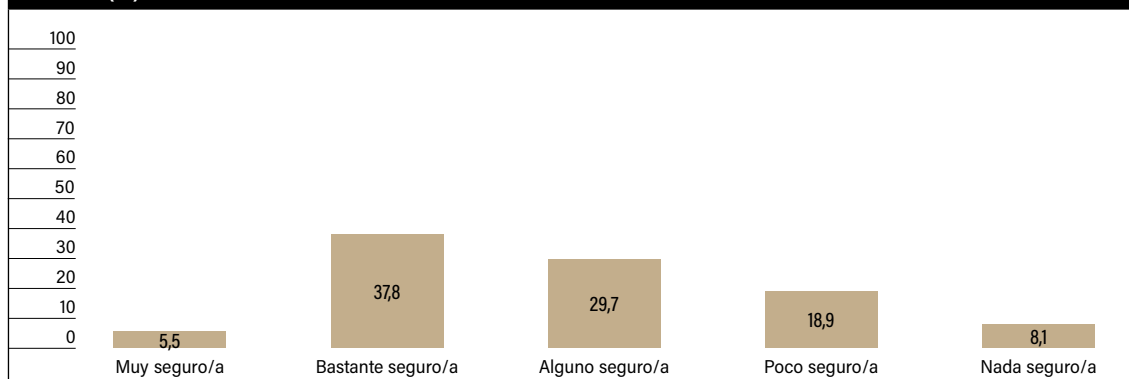
La fragilidad, porque creemos firmemente en que la clave en muchos de los casos es el trabajo preventivo, es detectar la situación mucho antes de que llegue la dependencia y poder mejorar la capacidad de cuidado y de autodesarrollo de esa persona o situación antes de esa situación de dependencia. [E4, técnica de Ayuntamiento]

Un indicador de ello es la adquisición de nuevas competencias de trabajo, lo que queda reflejado en la autopercepción de seguridad para poner en práctica con las personas usuarias nuevos modelos de atención y cuidado. La mayor parte de las y los profesionales se sienten seguras y seguros en su capacidad para implementar innovaciones, lo que indica el éxito de los programas de capacitación y desarrollo profesional. Cuatro de cada diez (43,2%) reportan total seguridad y un tercio (29,7%), seguridad parcial (gráfico 2).

Los procesos de formación y capacitación han aumentado la confianza de las profesionales en sus habilidades para identificar la fragilidad, gestionar casos complejos y ofrecer una atención personalizada, tanto en un plano genérico, a partir de la adquisición de una mirada global sobre las necesidades de las personas atendidas, como respecto a aspectos más concretos relacionados con determinados perfiles:

Bueno, yo creo que todo el tema de formación, o sea, hemos ampliado mucho más la mirada de lo que teníamos antes, ya he comentado, pues nos ha supuesto mucho. Pero al final, vemos el beneficio, al final, es mucho más gratificante. Conoces mucho más a la persona, aunque te lleve más horas de trabajo. Pero yo creo que el cambio ha sido mejor. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Gráfico 2. Nivel de seguridad del personal profesional a la hora de poner en práctica servicios y apoyos diseñados desde los nuevos modelos de atención, las nuevas formas de entender el cuidado y la atención ante la demanda de nuevos servicios (%)



Fuente: elaboración propia

La formación que tuvimos con Matia también, que era la atención centrada en la persona, pues de cara a las auxiliares sí que salen muchas cosas y demandan. Entonces, luego ya trabajas sobre lo que demandan las propias auxiliares. [...] Pues, bueno, ahí ellas, en las formaciones, más que nada exponían los problemas que tenían en los domicilios, porque cada casa, además, es un mundo. Entonces ya luego una persona trabaja ya sobre ese tipo de problemas, pues de cara a depresiones, de cara a trastornos mentales... [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

El programa produce un efecto positivo en el personal profesional de servicios de atención y cuidado, social y sanitario, del municipio, como se evidencia en la percepción positiva del trabajo realizado, en no apreciar fatiga o sobrecarga de trabajo y en la satisfacción con las condiciones de trabajo.

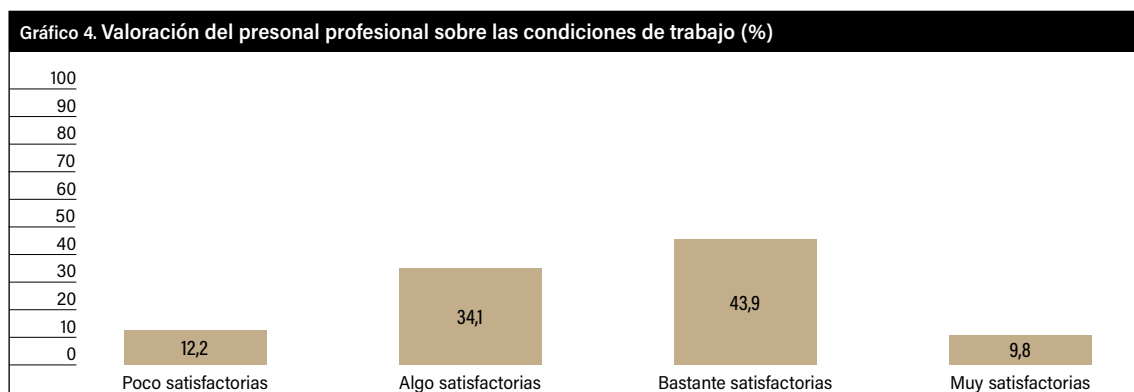
Por un lado, ocho de cada diez profesionales (80,6 %) afirman sentir que están influyendo positivamente en las vidas de las personas atendidas: tres de cada diez (27,8 %) indican que lo hacen "siempre o casi siempre" y algo más de la mitad (52,8 %),

"frecuentemente" (gráfico 3). En la misma línea, un elevado porcentaje de profesionales se sienten motivadas después de trabajar con las personas a las que atienden, pues dos de cada diez (18,9 %) señalan sentirse así "siempre o casi siempre" y algo más de la mitad (54,1 %), "frecuentemente". Por otro lado, el porcentaje de profesionales que experimenta fatiga regularmente antes del trabajo es bajo, ya que casi la mitad (44,4 %) reporta experimentar la "nunca o casi nunca" y cuatro de cada diez (38,9 %), "algunas veces". Además, la percepción de exceso de trabajo tampoco es frecuente. Un tercio (32,4 %) afirma "nunca o casi nunca" trabajar demasiado, lo que podría indicar una adecuada gestión de la carga laboral o una buena capacidad personal para manejar el trabajo. Casi la mitad (48,7 %) siente que trabaja demasiado solo "algunas veces", lo que podría indicar que, aunque en ocasiones la carga de trabajo sea alta, no es percibida como excesiva.

En general, más de la mitad de las profesionales (53,7 %) reporta satisfacción por sus condiciones laborales. Concretamente, el 9,8 % siente que son "muy satisfactorias" y el 43,9 % considera que son "bastante satisfactorias" (gráfico 4).



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

A la hora de reportar una mayor satisfacción con el nuevo modelo, la trabajadora social de los servicios sociales municipales subraya la posibilidad de conocer mejor a las personas a las que se atiende, de poder centrar su trabajo en un solo distrito, poder trabajar mejor en equipo entre las trabajadoras sociales que forman parte del programa y ganar tiempo para acercarse a otros recursos, como el centro de día, y avanzar en la mejora de la coordinación. La trabajadora del servicio de atención domiciliaria destaca la posibilidad de una mayor participación y de estar más coordinada. El personal sanitario menciona las reuniones mensuales de casos y el apoyo que hace el servicio de atención domiciliaria con los pastilleros, algo que redundará en la salud de las y los pacientes:

A nivel profesional, aunque igual tengas que dedicar más tiempo, sí que creo que es mucho más gratificante, conoces mucho más a la persona y demás... Nosotras sí que tenemos, por ejemplo, espacios para juntarnos nosotras, cosa que antes cada una tenía su agenda y ahora, por ejemplo, los lunes sí que establecemos como para juntarnos nosotras, las trabajadoras sociales que estamos dentro de Pasaia Zaintza HerriLab. Y también nos permite ya llevar solo un distrito cada una, igual el poder acercarnos a más recursos, por ejemplo, al centro de día. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

A mí me gusta mucho lo que hago, he notado mucha diferencia de cuando empecé a ahora, es más gratificante todo. Coordinas más, tienes más participación. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Yo he trabajado en muchos ambulatorios, cada pueblo es una realidad distinta. Pero aquí, y lo he dicho antes, vosotros [los servicios sociales municipales] habéis hecho un cambio superpotente y ese cambio se ha notado. [...] Se está trabajando mucho y mucho mejor, yo creo que eso queda clarísimo. Y yo creo que, tanto yo como mis compañeros, la satisfacción en los últimos años ha sido grande a la hora de trabajar así. Y yo creo que esas reuniones mensuales en las que tú puedes comentar, "¿y este paciente cuál es?, ¿y a este cómo le ves tú?, ¿qué recursos, qué cosas, qué podemos hacer?, ¿hacia dónde podemos tirar?". Todo eso es bueno y, además, que luego se nota el apoyo, por ejemplo, en los pacientes con el pastillero... [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

El personal técnico implicado a raíz del trabajo interdepartamental también señala que, a pesar de la dureza, en ocasiones, de trabajar con perfiles de personas en situación de necesidad, o de complejizar su labor por tener que adaptarse a una mayor diversidad de demandas, el trabajo es más gratificante:

Al principio, con estos perfiles es más duro... Es verdad que me gusta esa diferencia. Lo que

más me gusta del trabajo es hablar con la gente, escuchar a la gente, que vengan donde mí. Si igual hay gente que no quiere participar en el programa [se refiere a las actividades ofertadas por su departamento], pero me quedo con ella dando una vuelta y hablamos... [E7, técnico del Ayuntamiento]

No diría que es más fácil que el modelo anterior, porque en el modelo anterior tú haces lo que quieras desde la institución y ya está. De esta manera, tienes que estar con la gente..., hacer más reuniones, hablar más, intentar entender lo que quieren, intentar adaptarse, etc. Pero al final es más fructífero. [E11, técnica del Ayuntamiento]

4.5. Cobertura, accesibilidad y satisfacción con los servicios

Gracias a la conexión, la coordinación y el trabajo conjunto entre agentes, la implicación comunitaria y la implementación de herramientas como la fragilidad y la prevención, se amplía la detección de necesidades a una mayor diversidad de perfiles y aumenta la cobertura:

O sea, llegar sí, llega a un montón de gente y, sí, es verdad. Y luego, si algún caso va a necesitar cierto acompañamiento y lo detectan en ambulatorio, pues bueno, buscamos formas de hacer una visita conjunta o se van haciendo cosas. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

En la Escuela de Empoderamiento, por ejemplo, las mujeres que están en una situación no tan buena no se animan a participar. Las que están en situación de soledad o las que físicamente no están tan bien [...] aquí vemos que HerriLab con la comunidad abre el perfil y llegamos con la Escuela de Empoderamiento a mujeres a las que, con otras actividades, no llegábamos. [E11, técnica del Ayuntamiento]

Ahí yo creo que también es importante no trabajar cuando ya es tarde, porque es mucho más difícil trabajar con la dependencia, como decimos, que con la fragilidad [...] Pero si ya sabemos que esta persona tiene mucho riesgo de, en un momento dado, tener una dependencia, pues ya lo tienes en el radar, lo tienes detectado, lo tienes fichado. Probablemente puedes ir haciendo algunas cosas, porque a lo mejor, en el caso este que estoy poniendo de ejemplo, de la cadera, pues a lo mejor, se puede dar una ayuda para cambiar el baño antes de que suceda... ¡Yo qué sé...!, cosas ¿no? [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

El personal profesional reporta esfuerzos por ampliar la cobertura y paliar sesgos de acceso, debidos tanto a la autopercepción de necesidades de atención y cuidado, como al modelo familiarista. Señalan que el hecho de recibir ayuda y ser atendida o atendido por los servicios sociales, o por entidades del tercer sector, implica un estigma social. Igualmente, perciben

que el ideal de cuidados sigue descansando en el modelo familiar tradicional. Para enfrentar tales sesgos, desarrollan estrategias como, por ejemplo, romper barreras mediante el contacto personal o evitar mencionar palabras como "voluntariado" o "soledad", marcadas socialmente:

Muchas veces nos pasa, "oye, y esto..., ¿habéis ido a [los] servicios sociales?". "No, no, no, porque eso es como para el que está fatal y yo no estoy tan mal". Entonces, el que iba, iba, y el que no iba, no iba. Y eso hoy en día creo que todavía cuesta. [GT, servicios de atención y cuidado municipales]

Sí, yo creo que sí que hay muchos que no llegan. Claro, estaría el tema de personas que no llegan a [los] servicios sociales. ¿Por qué no llegan? Hay veces también que entienden que [los] servicios sociales es como que hay que ir cuando estás fatal, también hay un poco de prejuicio hacia eso. Ah, bueno, luego está, importante, el tema familiar. Porque hay muchas personas mayores que entienden que solo quieren estar con su familia y que no quieren estar con nadie más. [...] Entonces, también es el arte que tengamos, para mí, en esos casos... [...] Cuando hablo con la persona mayor, intento utilizar un lenguaje diferente para no decir ni "voluntariado...", porque igual dice: "¿yo por qué tengo necesidad de voluntariado?". Digo: "mira, pues somos una asociación que hacemos esto, esto y esto, ¿no te apetecerá? Ven un día a probar o tal". ¿Sabes? Como quitarle el peso de que es un voluntariado o... Intentar utilizar un lenguaje más suave, igual ir probando cosas diferentes... [E8, proyecto experimental]

Los servicios se adecúan a las necesidades y preferencias de las personas que precisan atención y cuidado por encontrarse en situaciones de fragilidad o dependencia. De este modo, se ofrece cobertura tanto en lo que respecta al bienestar y a la seguridad física,

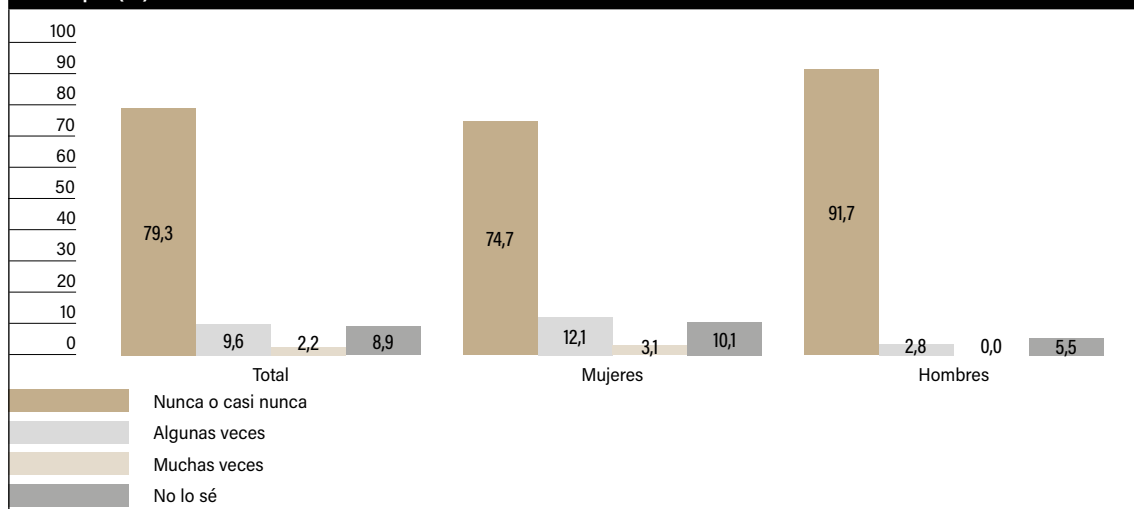
como en lo que respecta al bienestar y la seguridad emocional. Tanto las y los familiares de las personas beneficiarias como las personas beneficiarias juzgan de forma muy positiva la disposición de las profesionales para atender sus demandas, así como la atención integral recibida:

X [trabajadora social municipal de referencia], [en] todo lo que ha necesitado la *ama* le ha ayudado, en todo lo que ha podido. [...] Ha estado muy pendiente de venir a ver, de ver sus necesidades y de decirle, fuera de todo lo que ha pasado, "necesitas esto, la silla para la ducha". Todo, todo, todo. [...] X siempre ha estado en contacto para cualquier cosa, y todo lo que necesitaba nos lo ha transmitido a nosotros y lo hemos hecho. O sea, ya te digo, es como una más de nuestra familia. Muy pendiente de todo, nos ha guiado en todo. [E17, familiar]

Es muy efectivo el servicio que hacen, porque ya te digo que es doble. Siempre es psicológico, que eso es fundamental, saber que estás asistido, y luego el concreto, vamos, de la ducha o de la comida o la fregona, vamos... Pero es doble, o sea, todo tiene un doble servicio. Y luego también de seguridad física incluso, ¿no? Porque el que me atiendan con la ducha, pues nos evitamos todo el riesgo de que me abra la cabeza un día de estos con un patinazo. [E19, usuario]

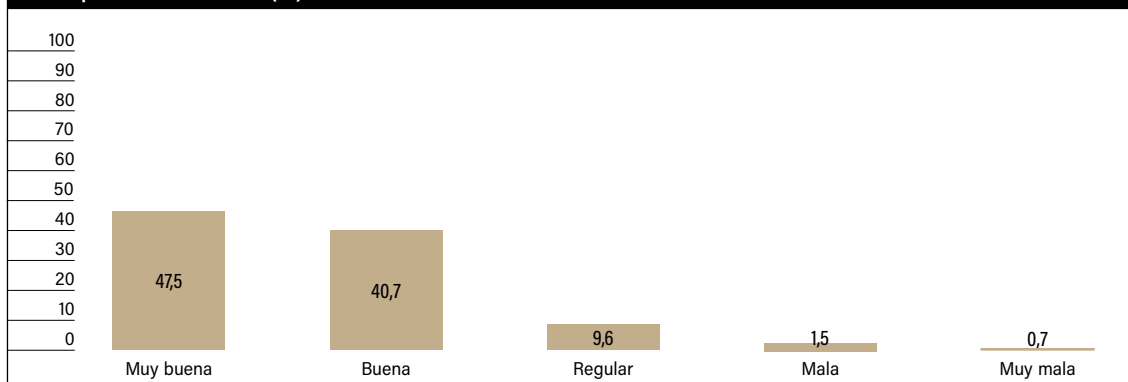
La mayoría de las personas beneficiarias del programa (79,3 %) reportan no experimentar dificultades de acceso a la atención recibida por parte de servicios de atención y cuidado del municipio (gráfico 5). Las que manifiestan algún tipo de dificultad mencionan problemas específicos, como el desconocimiento del procedimiento, la dificultad de desplazamiento, las listas de espera o los desafíos con la solicitud telemática. Entre los hombres, es algo mayor la proporción de quienes afirman no haber tenido nunca dificultades (91,7 %) que entre las mujeres (74,7 %).

Gráfico 5. Dificultades de acceso en el último año a la atención recibida por parte de servicios de atención y cuidado del municipio (%)



Fuente: elaboración propia

Gráfico 6. Valoración de la atención de los servicios sociales y de otros servicios de atención y cuidado recibida en el municipio en el último año (%)

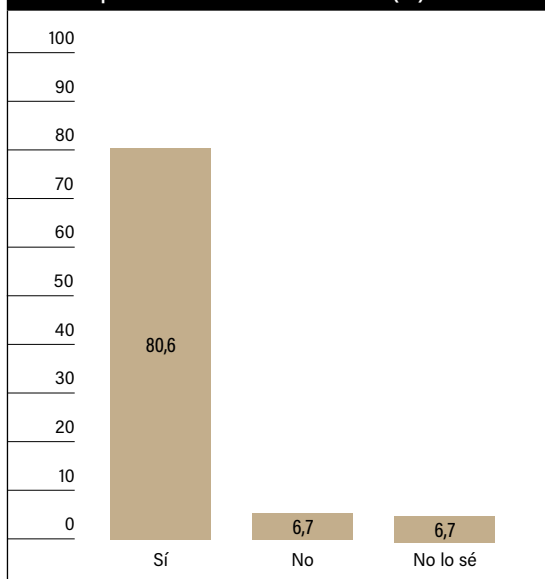


Fuente: elaboración propia

La atención recibida es satisfactoria. Nueve de cada diez personas usuarias otorgan una calificación positiva: el 47,4%, "muy buena" y el 40,7%, "buena" (gráfico 6).

Además, la mayoría de las personas usuarias (86,7%) están dispuestas a recomendar los servicios de atención y cuidado municipales a amistades o familiares (gráfico 7). Estos datos, combinados con la percepción generalizada de accesibilidad, indican un modelo eficaz a la hora de adaptarse a las necesidades específicas de cuidados de las personas usuarias.

Gráfico 7. Si un/a amigo/a o familiar necesitara atención y cuidados, ¿le gustaría que le atendieran de la misma manera que lo/la han atendido a usted? (%)



Fuente: elaboración propia

4.6. Efectos en la población beneficiaria

El programa incide positivamente en la población beneficiaria: mejora la salud física y mental, aumenta

la integración social y la autonomía, y alarga la permanencia en el hogar. Al propiciar estos cambios, de manera indirecta, incide también de forma positiva en las familias de las personas beneficiarias, que asumen una parte de la responsabilidad y trabajo de cuidados.

Se han identificado mejoras en la salud física y mental en las personas beneficiarias a raíz de la utilización de servicios como el centro de día o el servicio de atención domiciliaria. Por ejemplo, al promover la realización de actividad física y aportar un entorno de socialización, la asistencia al centro de día favorece el trabajo preventivo y de mantenimiento y facilita una mayor integración social. El servicio de atención domiciliaria incentiva la incorporación de rutinas saludables:

Porque [el centro de día] le daba un espacio para estar con otra gente. Eso le daba otros puntos de vista u otras conversaciones. Un poco le daba vida. La gimnasia y las cosas así no sé hasta qué punto, pero también. A gimnasia, porque bueno, pues *ama* es muy sedentaria, y yo no sé hasta qué punto pues, aunque fuese poco, le hacía bien. Pero sobre todo fue una excusa para mantenerse activa mentalmente y emocionalmente, también para estar con otra gente. [E13, familiar]

Me he hecho amigos. Yo soy muy abierta. Sí, en seguida. [...] Me encuentro querida, sí, me encuentro querida. Sí, sí, me encuentro querida aquí. Estoy muy feliz. [...] Ah, a mí, yo lo que se me ponga por delante, hago. Y si no sé, que me enseñen [...]. Cuando estaba en casa, no. Porque era solamente levantarme y hacer mi aseo personal, desayunar. Y luego me hacían las chicas [del servicio de atención domiciliaria] la casa y nos íbamos a la calle. A la calle, iba a pasear y luego otra vez a casa. Y comer y ya está. Dejando la comida ya preparada y ya está. [...] Aquí, sí, aquí me encuentro con ganas de hacer cosas. Jugar al parchís, allá voy. Yo también, a las cartas, pues voy a aprender. [E20, usuaria]

Cuando está con la medicación etc., etc., y con la comida y cuando tiene una disciplina [gracias a la atención recibida por parte del servicio de atención domiciliaria] está mejor. [E13, familiar]

Los cambios positivos son más determinantes en casos de deterioro cognitivo o problemas de salud mental o deterioro de la convivencia en el hogar, y repercuten de forma positiva en las familias de las personas beneficiarias. El apoyo recibido por los servicios que utilizan sus familiares alivia el volumen de trabajo de cuidados, lo que redundará en su bienestar. Frecuentemente, las personas familiares cuidadoras son también mayores y con un estado de salud frágil, por lo que, al cuidar a las personas cuidadoras, el programa, de manera indirecta, amplía la cobertura del trabajo preventivo:

A la mañana, venía una persona [del servicio de atención domiciliaria], tres horas, y a la tarde, otras tres horas. Pero ahora empezaba [su marido, en situación de dependencia, a ir] al centro de día, al decirme que yo también me tengo que cuidar, para cuidarle a él. Claro, es un poco duro. Entonces, ha empezado [a ir] al centro de día, pero él pues no quiere, toda la vida conmigo y es lo que hay... Y lo llevas mal, pero, es lo que hay [...] A mí, sí me ayuda, te digo, a mí me ayuda, porque yo estoy pendiente para lo que sea, pero a él no sé si le hace bien. [E18, familiar]

Desde la puesta en marcha del programa, la edad media de alta en el servicio de teleasistencia de la población menor de 80 años se ha reducido: ha pasado de 74,2 años en el periodo 2010-2017 a 73,7 en el periodo 2018-2022 (tabla 2). Esta disminución puede reflejar un aumento de adquisición de competencias por parte de la población menor de 80 años a la hora de demandar servicios, lo que, a su vez, puede ser resultado de un ajuste en la percepción o necesidad de servicios de asistencia y cuidado, así como en la disposición a adoptar medidas de apoyo en diferentes etapas de la vida adulta.

Tabla 2. Edad media de alta en servicios de teleasistencia para personas menores de 80 años

Periodo y subperiodo	Edad media (años)
2010-2022	74,0
Subperiodo	Edad media (años)
2010-2017	74,2
2018-2022	73,7

Fuente: Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco y elaboración propia.

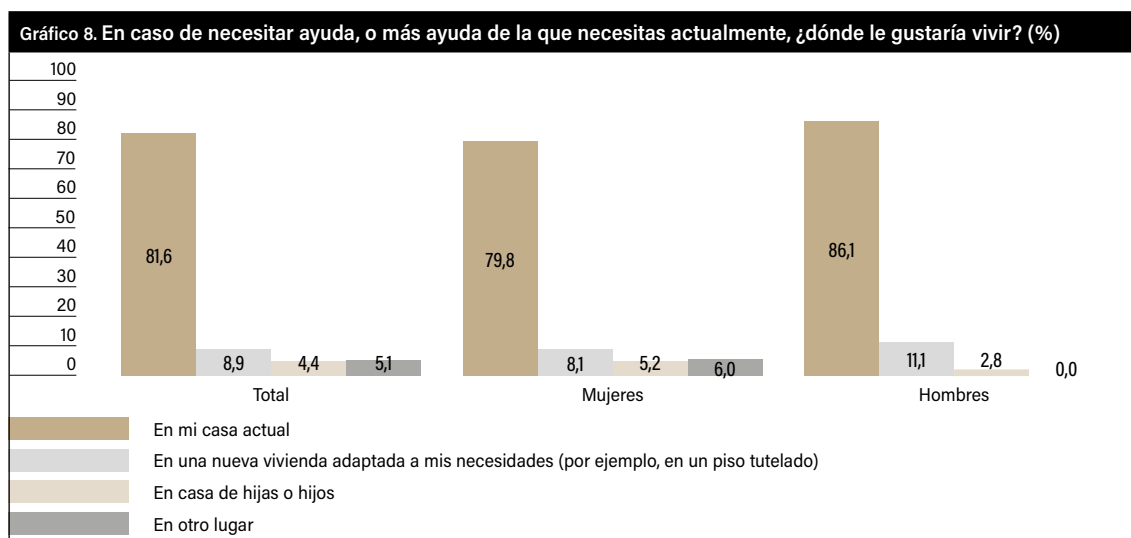
Con todo, el programa promueve el alargamiento de la permanencia en el hogar. El análisis de la edad media de las personas del municipio en el primer año que ingresan en residencia por subperiodos parece indicar un retraso en la edad media de nuevo ingreso de 1,4 años (tabla 3).

Tabla 3. Edad media de las personas en el primer año que ingresan en residencias

Subperiodos	Edad media (años)
2010-2017	87,0
2018-2022	88,4

Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa y elaboración propia.

De esta forma, el programa respondería a las preferencias de las personas beneficiarias, puesto que la mayoría expresa un deseo por permanecer en su hogar actual en caso de necesitar ayuda adicional. El 81,5% prefiere esta opción sobre otras, como vivir en casa de familiares, en una residencia o en una vivienda adaptada. Destaca que, entre las alternativas, la más popular es trasladarse a una nueva vivienda adaptada a sus necesidades (8,9%). No se identifican sesgos de género en esta inclinación: la manifiestan el 86,1% de hombres y el 79,8% de mujeres. De todos modos, la predisposición a considerar otras opciones es mayor entre ellas que entre ellos: la muestra el 19,2% de mujeres frente al 13,9% de hombres.



Fuente: elaboración propia

Los y las familiares de las personas beneficiarias del programa señalan los esfuerzos tanto institucionales como de las familias para que las personas en situación de dependencia alarguen la permanencia en el hogar. Por ejemplo, el testimonio de una familiar refleja que el tiempo de permanencia en el hogar se alargó gracias a recursos como el centro de día:

Sí. Sí, sí, sí... Con eso, con la ayuda que vino a casa y con todo [...]. Sabemos que, al final, llegaremos al mismo sitio y que también renunciará a esto. Eso lo sabemos. Pero ganamos ese tiempo. Y así nos lo decía X [trabajadora social de referencia] y tenía razón. O sea, por lo menos, y ya con la edad que tienen, por lo menos si ganamos esos meses, bueno, pues algo habremos hecho. ¿Después? Ya le buscaremos alguna solución. A ver si conseguimos alargarlo otro tanto. Pero sí, es verdad, y eso se consiguió durante ese tiempo. [E13, familiar]

5. Conclusiones

El artículo muestra los resultados de la evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab para el desarrollo de un ecosistema local de cuidados en el municipio de Pasaia. Se trata de una iniciativa público-comunitaria novedosa, que se articula desde una perspectiva comunitaria, sobre un modelo de gobernanza colaborativa asentado en la conexión, coordinación y el trabajo conjunto de servicios (sociales y sanitarios) y agentes (públicos, privados, de iniciativa social y las propias familias y comunidades destinatarias), junto con un modelo de cuidados que adopta herramientas innovadoras, como las relacionadas con el abordaje de la fragilidad, para facilitar un enfoque preventivo. La finalidad última del programa es promover una mayor integración social con autonomía y mejor la salud, disminuir el riesgo de institucionalización y alargar la permanencia en el hogar de la población mayor. Se sitúa en el marco de la Estrategia Zaintza HerriLab de la Diputación Foral de Gipuzkoa, que cuenta con el apoyo del Gobierno Vasco y aspira a extenderse por todo el territorio histórico de Gipuzkoa.

Desde una perspectiva sistémica basada en la teoría del cambio, la evaluación ha permitido identificar la estructura, los procesos, productos y resultados del programa Pasaia Zaintza HerriLab, así como las interacciones y relaciones causales entre ellos. Con ello, ha aportado evidencias para su mejora. Constituye la primera evaluación del programa. Se trata de una evaluación cuyas características no han permitido trabajar con un grupo de contraste. No obstante, su pertinencia descansa en ofrecer evidencias que pueden servir de aprendizaje para mejorar el programa y consolidar el ecosistema local de cuidados. Además, permite establecer una línea de base para poder realizar futuras evaluaciones del programa.

La evaluación ha evidenciado que Pasaia Zaintza HerriLab descansa en una estructura de colaboración

entre el Ayuntamiento de Pasaia, en particular el Departamento de Servicios Sociales, la Diputación Foral de Gipuzkoa, la Fundación Adinberri, el Gobierno Vasco y diversos agentes del resto de sectores, con prevalencia de la iniciativa social, y la participación activa de las familias y comunidades destinatarias. Tal estructura ha permitido establecer un ecosistema local de cuidados que se beneficia de la gobernanza colaborativa y de la cooperación tanto interdepartamental como interinstitucional y público-social.

La experiencia previa con el programa Etxean Bizi, puesto en marcha por la Fundación Matia para la implementación de la gestión de casos, junto con el trabajo en torno a la fragilidad realizado por la Fundación Hurkoa y el diseño de un modelo de gobernanza colaborativa proporcionado por la Universidad de Deusto, así como la colaboración con otros agentes, como la Fundación Adinberri o Adinkide, han propiciado un marco de apoyo sólido y diversificado en el municipio, esencial para el desarrollo de servicios innovadores y eficaces. El intercambio de datos aflora como una condición de posibilidad del ecosistema local de cuidados y la Plataforma Federada de Datos, todavía en fase de pilotaje, constituye una innovación tecnológica al servicio de este objetivo.

El programa ha establecido los cimientos para desarrollar procesos clave como la activación de agentes comunitarios. Además, ha creado mecanismos para la detección e intervención en situaciones de fragilidad y dependencia con un enfoque preventivo. Los resultados del programa reflejan una tendencia en la mejora en la calidad de vida de las personas beneficiarias al generar, entre otras cuestiones, las condiciones de posibilidad para permanecer en el hogar en situaciones de necesidad de asistencia y apoyos, lo que, de forma indirecta, repercute de forma positiva en sus familiares. También incide en una mayor satisfacción laboral entre las personas profesionales, atribuida a mejoras en la coordinación, formación y el soporte laboral.

La teoría del cambio subyacente en Pasaia Zaintza HerriLab sugiere que, al fortalecer las conexiones entre los agentes, mejorar la formación y el apoyo al personal profesional, así como fomentar la participación activa de la comunidad y de las personas beneficiarias, el programa puede, no solo sostener, sino también ampliar su efecto. La mejora continua de los servicios, adaptada a las necesidades emergentes y retroalimentada por las experiencias de las personas usuarias conduce a un ciclo virtuoso de eficacia y eficiencia en la atención y el cuidado. Para que el programa continúe su trayectoria de éxito y pueda ser escalado, es fundamental mantener la flexibilidad en los servicios ofrecidos y responder de manera proactiva a los cambios demográficos y sociales. La integración de innovaciones tecnológicas y prácticas basadas en evidencias, junto con un enfoque holístico que considere tanto las necesidades y preferencias de

las personas usuarias como las de las cuidadoras familiares y del personal profesional serán elementos esenciales para adaptarse a un entorno en constante cambio.

Finalmente, la evaluación del programa Pasaia Zaintza HerriLab contribuye al desarrollo de políticas basadas en evidencias y asienta las bases para el impulso de una cultura evaluativa en las instituciones públicas, al marcar un hito para la Estrategia Zaintza HerriLab, porque aporta una metodología y unas herramientas testadas para la evaluación de ecosistemas locales de cuidado. Dicha metodología y herramientas pueden ser útiles también para la evaluación de otras iniciativas público-comunitarias de cuidados de larga duración tanto en el territorio histórico de Gipuzkoa como de fuera de él.

Agradecimientos

Queremos subrayar y agradecer el interés y el esfuerzo realizado para contribuir a la evaluación de todas las personas que han participado en el trabajo de campo, tanto cualitativo como cuantitativo, especialmente de las responsables del Departamento de Servicios Sociales municipal. Ello evidencia la importancia otorgada al proceso de evaluación. Para llevar a cabo la evaluación, se ha contado con el

apoyo técnico de Andaira-Consultoría e Investigación Social. Mainer Barañano Uribarri ha moderado el grupo triangular y ha realizado parte de las entrevistas a agentes de instituciones públicas, agentes del Hub de Escalado y personal técnico del Ayuntamiento, así como todas las entrevistas a las responsables de proyectos experimentales y a familiares de personas beneficiarias y de antiguas beneficiarias del programa. Este trabajo de campo forma parte de su tesis doctoral. Alaitz Uriarte Goikoetxea ha realizado las entrevistas a personas beneficiarias del programa, como parte de su trabajo de fin de máster.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, en el marco del proyecto "Impulso de una línea de investigación e innovación en materia de cuidados sociales y sociosanitarios" (SUBDIR22/17 EXP. 2022/00965 A/20220397) y forma parte del proyecto "Caremodel. El modelo de cuidados de larga duración en transición. Estrategias políticas, familiares y comunitarias para afrontar las consecuencias de la pandemia Covid-19" (PID2020-114887RB-C33), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación dentro de la convocatoria 2020 de proyectos de I + D + i - RTI (tipo coord.).

Bibliografía referenciada

- BEHAGI-OBSERVATORIO SOCIAL DE GIPUZKOA (s.f.): *Pasaia*, s.l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.behagi.eus/es/indicadores/pasaia/p-175/>>.
- BERICAT, E. (1998): *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*, Barcelona, Ariel.
- BUSTELO, M. y LOMBARDO, E. (2013): "Los 'marcos interpretativos' de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política", *Revista Española de Ciencia Política*, n.º 14, pp. 117-140.
- COMISIÓN EUROPEA (2022): *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*, Bruselas 07-09-2022, COM (2022), 440 final, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52022DC0440>>.
- CONDE, F. (2008): "Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva", en GORDO, A. y SERRANO, A. (eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*, Madrid, Pearson-Prentice Hall.
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2023): *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023-2026*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_gubernamental/13_planest_xiileg/es_def/II-PESS-para-enviar-a-CG_CAS.pdf>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2021a): *Zaintza HerriLab*, s.l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.zaintzaherriab.eus/>>.
- (2021b): *Libro blanco. Gipuzkoa 2030: el futuro de la atención y los cuidados en las políticas sociales*, s.l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.gipuzkoa.eus/documents/13448758/5ee46fe6-833e-40cd-cead-2e64d0b09d34>>.
- (2022a): *Qué es y qué supone Zaintza HerriLab*, s. l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.zaintzaherriab.eus/es/w/qu%C3%A9-es-y-qu%C3%A9-supone-zaintza-herriab>>.
- (2022b): *Encuentro Zaintza HerriLab: tokiko zaintza ekosistemak / ecosistemas locales de cuidados. 23 de marzo de 2022, Pasaia* [video], Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.youtube.com/watch?v=sqjHNBTJIW0>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA; AYUNTAMIENTO DE PASAIA y FUNDACIÓN ADINBERRI (2020): *Estrategia Pasaia HerriLab*, <<https://www.zaintzaherriab.eus/documents/51776611/61828646/Pasaia+HerriLab.pdf/8aa91761-6ceb-a110-86b0-05aa6214bfe6>>.
- EUSKADI (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 246, 24-12-08, pp. 31840-31924, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/2008/12/05/12/dof/spa/html>>.
- EUSTAT (2020): *La C.A. de Euskadi ocupa el segundo puesto en el ranking de países de la Unión Europea con más población de 65 y más años*. [nota de prensa], Vitoria-Gasteiz, Eustat, <https://www.eustat.eus/elementos/ele0017500/ti_la-ca/not0017522_c.html>.
- (2021): *Panorama Estadístico de las Personas 2021 Mayores*, Vitoria-Gasteiz, Eustat, <https://www.eustat.eus/elementos/ele0019000/panorama-estadistico-de-las-personas-mayores-2021-pdf-34-mb/inf0019081_c.pdf>.
- (2023a): *Estadística Municipal de Habitantes*, Vitoria-Gasteiz, Eustat, <https://www.eustat.eus/municipal/datos_estadisticos/pasaia.html>.

- (2023b): *Estadística de Renta Personal y Familiar*, Vitoria-Gasteiz, Eustat, <https://www.eustat.eus/municipal/datos_estadisticos/pasaia.html>.
- GREENE, J. (2007): *Mixed methods in social inquiry*, Nueva Jersey, John Wiley & Sons.
- GREENE J.; CARACELLI V., y GRAHAM W. (1989): "Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs", *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 11, n.º 3, pp. 255-274, <<https://www.jstor.org/stable/1163620>>.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2019): "Cuidados con 'sentido común': desafíos, vacíos y contradicciones", *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, n.º 44, pp. 111-124.
- PKF ATTEST y DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2024): *Informe final 2023 de monitorización de los ecosistemas locales de cuidados (ZHL) Pasaia*, s.l., Diputación Foral de Gipuzkoa.
- RAZAVI, S. (2007): *The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options*, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development.
- REBOLLO, O.; MORALES, E.; GONZÁLEZ, S.; INSTITUT DE GOVERN I POLÍTQUES PÚBLIQUES (2016): *Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria*, Barcelona, Institut de Govern i Polítiques Públiques-Universitat Autònoma de Barcelona.
- ROGERS, P (2008): "Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions", *Evaluation*, vol. 14, n.º 1, pp. 29-48, <<https://doi.org/10.1177/1356389007084674>>.
- ROGERS, P. y WEISS, C. (2007): "Theory-based evaluation: reflections ten years on: theory-based evaluation: past, present, and future", *New Directions for Evaluation*, n.º 114, pp. 63-81, <<https://doi.org/10.1002/ev.225>>.
- VARELA, F. y SANTOMÉ, J. M. (2002): "La sostenibilidad en los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo", *Revista de Cooperación Internacional*, n.º 1.
- VEGA SOLÍS, C.; MARTÍNEZ BUJÁN, R. y PAREDES CHAUCA, M. (2018): "Introducción: experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida", en VEGA SOLÍS, C.; MARTÍNEZ BUJÁN, R., y PAREDES CHAUCA, M. (eds.), *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, Madrid, Traficantes de Sueños, pp. 15-50.
- WEISS, C. (1997): "Theory-based evaluation: present, past and future", *New Directions for Evaluation*, n.º 76, pp. 41-55, <<https://doi.org/10.1002/ev.1086>>.

Anexo

Características detalladas de las entrevistas semidirigidas y del grupo triangular

Código	Tipo de técnica	Perfil participantes	Género
E1	Entrevista semidirigida individual	Agente HUB de Escalado 1	Hombre
E2	Entrevista semidirigida a dos personas	Agente HUB de Escalado 2	Hombres
E3	Entrevista semidirigida a tres personas	Representante del proyecto experimental 1	2 mujeres, 1 hombre
E4	Entrevista semidirigida a dos personas	Personal técnico del Ayuntamiento 1	2 mujeres
E5	Entrevista semidirigida individual	Agente de institución pública 1	Hombre
E6	Entrevista semidirigida individual	Agente de institución pública 2	Hombre
E7	Entrevista semidirigida individual	Personal técnico del Ayuntamiento 2	Hombre
E8	Entrevista semidirigida individual	Representante del proyecto experimental 2	Mujer
E9	Entrevista semidirigida individual	Agente HUB de Escalado 2	Hombre
E10	Entrevista semidirigida a dos personas	Representante de proyecto experimental 3	2 mujeres
E11	Entrevista semidirigida individual	Personal técnico del Ayuntamiento 3	Mujer
E12	Entrevista semidirigida individual	Representante del proyecto experimental 4	Hombre
E13	Entrevista semidirigida individual	Familiar 1	Hombre
E14	Entrevista semidirigida individual	Agente de institución pública 3	Mujer
E15	Entrevista semidirigida individual	Familiar 2	Hombre
E16	Entrevista semidirigida individual	Familiar 3	Mujer
E17	Entrevista semidirigida individual	Familiar 4	Mujer
E18	Entrevista semidirigida individual	Familiar 5	Mujer
E19	Entrevista semidirigida individual	Usuario 1	Hombre
E20	Entrevista semidirigida individual	Usaria 2	Mujer
E21	Entrevista semidirigida individual	Usuario 3	Mujer
E22	Entrevista semidirigida individual	Usuario 4	Mujer
GT	Grupo triangular	Profesionales de servicios de atención y cuidado municipales	2 mujeres, 1 hombre

Solas ante el cuidado. Las vivencias de las mujeres que cuidan de un familiar con demencia y la soledad que las acompaña

Sacramento Pinazo-Hernandis

Departamento de Psicología Social, Universitat de València
sacramento.pinazo@uv.es

Amaia Arregi-Amas

Departamento de Psicología Social, Universitat de València
amaiaarregiamas@gmail.com

Zainketek eragina izan dezakete zaintzaile nagusiaren gizarte- eta familia-sarean. Artikulu honetan, dementzia motaren bat duten pertsonen zaintzaile informaleen bakardade-sentimenduei helduko diegu. Literatura zientifikoaren berrikuspenak adierazten dizkigun zaintzaren ondorio positiboak eta negatiboak ezagututa, ikerketa honen helburua da emakume zaintzaileen zainketa-esperientzian inplikaturako faktoreak ezagutzea: zaintza-lanek emakume zaintzaileen bizitza pertsonalean duten eragina aztertzea; zainketaren eta zaintzaren aurrean bakardade-sentimenduen arteko harremana aztertzea; eta beren burua zaintzen duten emakumeek dituzten premiak ezagutzea. Horretarako, elkarrizketa erdi-egituratuak egin zaizkie familiako zazpi emakume zaintzaile nagusiei, eta haien premiak sakonago ezagutzeko aukera eman dute.

Gako-hitzak:

Bakardadea, adineko emakumeak, zaintzak, dementzia, galkarga, depresioa.

Los cuidados pueden afectar a la red social y familiar de la persona cuidadora principal. En el presente artículo, abordamos los sentimientos de soledad que experimentan las mujeres cuidadoras informales de personas con algún tipo de demencia. Conociendo las consecuencias positivas y negativas del cuidado que nos indica la revisión de la literatura científica, el objetivo de esta investigación es conocer cuáles son los factores implicados en la experiencia de cuidar en las mujeres cuidadoras: analizar el efecto que tienen las tareas de cuidado en la vida personal de las mujeres cuidadoras; estudiar la relación entre cuidar y los sentimientos de soledad ante el cuidado, y conocer las necesidades que tienen las mujeres que cuidan de cuidarse a sí mismas. Para ello, se han realizado entrevistas semiestructuradas a siete mujeres cuidadoras principales familiares, que han permitido conocer en mayor profundidad sus necesidades.

Palabras clave:

Soledad, mujeres mayores, cuidados, demencia, sobrecarga, depresión.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los principales retos a los que nos enfrentamos en el presente siglo. Si bien esto es un indicador del progreso de la ciencia, que ha incrementado la esperanza de vida, también supone el aumento del número de personas que desarrollan alguna enfermedad neurodegenerativa, entre las que destacan las demencias. Según los datos de la Confederación Española de Alzheimer y Otras Demencias (2021), son más de 700 000 las personas diagnosticadas de alzhéimer u otro tipo de demencia a escala estatal y, tal y como indican los datos de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (cfr. Gómez Pastor, 2017), el número de casos podría alcanzar el millón en 2050.

Cabe recordar que las demencias son enfermedades que producen un alto nivel de dependencia en la persona y en las personas del entorno, ya que, a medida que la enfermedad avanza, la ayuda y los cuidados que se necesitan son más, y suelen recaer en la familia, generalmente en las mujeres (parejas, hijas). El cuidado en la demencia requiere una adaptación constante por parte de los familiares, debido a la evolución de los síntomas y la aceptación de la nueva realidad (Ruiz-Fernández *et al.*, 2019). Al ser una situación generadora de estrés, esa aceptación y adaptación determinarán las consecuencias que pueden tener las tareas de cuidado en quien las asuma (Lazarus y Folkman, 1986).

Más allá de las consecuencias emocionales y los cambios en la estructura familiar asociados a la demencia, los familiares destacan las repercusiones económicas que supone un diagnóstico como este: el gasto por los cuidados (medicación, consultas médicas) y tener que reducir o prescindir del trabajo para poder dedicarse a las tareas de cuidado (Sarasola, 2023). Además, los cuidados pueden afectar a la red social y familiar de la persona cuidadora principal puesto, que, debido al carácter degenerativo de la enfermedad, la persona afectada irá necesitando más atención y la persona cuidadora tendrá que invertir cada vez más tiempo en estas tareas, por lo que verá reducida su disponibilidad para atender otras áreas relacionales (Rubio *et al.*, 2018).

Cuando un miembro de la familia recibe el diagnóstico de alzhéimer, la noticia provoca una conmoción que produce estrés y angustia en el entorno familiar (Echeverry *et al.*, 2021). Esta nueva realidad cambia el funcionamiento habitual de la familia y requiere la adopción de nuevos roles, hábitos y rutinas, como indica la OMS (2023). La persona cuidadora principal asume una gran responsabilidad, ya que cuidar a un familiar con la enfermedad de Alzheimer supone un gran esfuerzo físico y psicológico, por lo que todo apoyo recibido suele ser beneficioso para el bienestar del cuidador. Esta ayuda o apoyo puede darse de manera afectiva o instrumental, facilitando a la persona a que exprese sus miedos,

inquietudes o preocupaciones o ayudándole con las tareas de cuidado, bien repartiendo el trabajo o sustituyéndolo, para que pueda dedicarse al cuidado de sí misma (Navarro *et al.*, 2018). Este tipo de apoyo puede proporcionarse tanto a través de los diferentes miembros del núcleo familiar o mediante recursos externos a la familia, tales como los cuidadores formales o los servicios de centro de día.

Contar con recursos protege a las personas cuidadoras, pero el número de prestaciones y recursos a la dependencia todavía no es suficiente. En el caso de la Comunidad Valenciana, las prestaciones económicas por cuidados familiares las perciben 97623 personas y 9191 hacen uso del servicio del centro de día y de noche, siendo el mayor porcentaje de usuarios aquellos que tienen una dependencia de grado II (4144 personas).

Cuidar de una persona en situación de dependencia puede también tener beneficios en algunas personas. Algunas investigaciones se han centrado en estudiar los aspectos positivos de cuidar, como el aumento de la resiliencia y la generación de sentimientos de gratitud, el crecimiento personal y una mejor salud psicológica (Martyr *et al.*, 2023; Cheng *et al.*, 2016; Quinn y Toms, 2019; Fabá *et al.* 2023).

No hay duda de la importancia que tiene dedicar atención al bienestar psicológico, físico y social de la persona cuidadora informal pues previene el desarrollo de ansiedad y depresión y aumenta la satisfacción con la vida (Navarro *et al.*, 2018). Cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer tiene consecuencias negativas en la salud general de la persona que asume el rol de cuidadora principal:

- Sobrecarga y síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias (SPCD). Cuidar de una persona con demencia es una importante carga para la persona cuidadora (Sheeher y Brodaty, 2017; Pinazo-Hernandis *et al.*, 2021), por el tiempo que consume y su incremento a lo largo del tiempo de cuidados (Park *et al.*, 2019). Una de las principales causas de la sobrecarga son los SPCD (alucinaciones, agresividad física o verbal, entre otros), pues muchas personas cuidadoras no saben cómo gestionarlos.
- Depresión y ansiedad. La sintomatología depresiva, ansiosa y de culpa son muy frecuentes en las personas cuidadoras. El trabajo realizado por Hernández *et al.* (2019) analizó la asociación entre sintomatología depresiva y sobrecarga, para concluir que, a mayor grado de deterioro de la persona cuidada, mayor era también el riesgo de que la persona cuidadora desarrollara sintomatología depresiva. Además, las personas que asumen las tareas de cuidado muestran tasas más altas de ansiedad y de consumo de ansiolíticos (Serrano-Ortega, 2018).
- Sentimientos de culpa. La situación de cuidar puede ir asociada a y generar sentimientos de culpa en las personas cuidadoras, debido a

las emociones negativas que pueden sentir al enfadarse con la persona cuidada (Spigelmyer *et al.*, 2017), por la valoración negativa que hacen sobre su forma de cuidar, por la falta de tiempo para sus actividades de ocio y de autocuidado (Losada *et al.*, 2010b; Romero-Moreno *et al.*, 2014) y por la institucionalización que puede necesitar la persona cuidada (Sury *et al.*, 2013).

- Duelo anticipado o sentimientos que la persona cuidadora va experimentando a medida en que ve cómo el familiar a quien cuida se va deteriorando (Liew, 2016). Si bien la persona está presente física, psicológica y cognitivamente puede estar ausente y provocar un sentimiento confuso de pérdida en la persona cuidadora. La prevalencia de este sentimiento es del 47-80 % en las personas cuidadoras (Crawley *et al.*, 2022) y se relaciona de forma significativa con la ansiedad, la depresión, la rabia y la sobrecarga (Bamba *et al.*, 2017; Chan *et al.*, 2013); además, y como consecuencia, aumenta el riesgo de aislamiento social de la persona cuidadora (Mora *et al.*, 2019).
- Sentimientos de soledad y de aislamiento social. El aislamiento social es la falta objetiva de una red social de apoyo (De Jong Gierveld *et al.*, 2006), y el sentimiento de soledad es una valoración subjetiva del apoyo recibido (De Jong Gierveld, 1998; Hawkey y Cacioppo, 2010; Pinazo-Hernandis, 2021; Pinazo-Hernandis, 2023; Pinazo-Hernandis *et al.*, 2023). Tanto el aislamiento social como los sentimientos de soledad tienen un efecto negativo en la salud general de las personas y en su calidad de vida, al aumentar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Valtorta *et al.*, 2018) y síntomas depresivos (Taylor *et al.*, 2018), entre otras consecuencias (Yanguas *et al.*, 2018). Las tareas de cuidado de las personas con algún tipo de demencia están relacionadas con la soledad y el aislamiento social debidos a la creciente demanda de atención a medida en que la enfermedad progresa y a la consecuente reducción de relaciones y actividad social.

La familia suele ser la principal fuente de apoyo cuando envejecemos, pero no todos los miembros de la familia se implican de la misma manera, ni todas las personas están dispuestas a asumir las tareas de cuidado; de hecho, generalmente ese rol suele recaer en una única persona, quien se convierte en cuidadora principal informal (Espín Falcón, 2020). Hablamos de cuidadoras informales puesto que, en general, son las mujeres de la familia las que asumen este rol, es decir, la cónyuge, la madre o las hijas de la persona a la que hay que cuidar (Dimier, 2022).

De entre de todos los elementos que se relacionan con la salud mental de las personas cuidadoras informales, en el caso de las personas cuidadoras de personas con demencia se pueden destacar componentes relacionados con la cultura y los valores familiares, también conocido como familiarismo (Losada *et al.*, 2019). Este constructo destaca la trascendencia que tiene la familia para sus

componentes y remarca que se antepone el beneficio familiar al individual (Mendez-Luck *et al.*, 2016).

Conociendo las consecuencias positivas y negativas del cuidado que nos indica la revisión de la literatura científica, el objetivo de esta investigación es conocer los factores implicados en la experiencia de cuidar en las mujeres cuidadoras:

- Analizar el efecto que tienen las tareas de cuidado en la vida personal de las mujeres cuidadoras.
- Estudiar la relación entre cuidar y los sentimientos de soledad ante el cuidado.
- Conocer las necesidades que tienen las mujeres que cuidan de cuidarse a sí mismas.

2. Método

2.1. Muestra

La muestra está compuesta por siete personas, con una media de edad de 59,29 años, todas ellas mujeres y cuidadoras de personas con algún tipo de demencia que acudían a un centro de día. Cinco cuidaban de su madre (71,43 %) y las otras dos, de su marido (28,71 %) y todas convivían con la persona cuidada, que tenía una media de edad de 80 años. Las cuidadoras principales presentaban, en general, un bajo nivel de estudios. Tres estaban ya jubiladas, otras tres eran amas de casa y, pese a estar todas ellas en edad laboral, solo una de ellas trabajaba (tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las cuidadoras familiares entrevistadas

	Edad	Nivel estudios	Situación laboral	Edad persona cuidada	Parentesco
1	58	Medio	Jubilada	90	madre
2	64	Medio	Jubilada	67	pareja
3	56	Bajo	Ama de casa	81	madre
4	54	NC	En activo	77	madre
5	52	Bajo	Ama de casa	79	madre
6	66	Bajo	Jubilada	74	pareja
7	65	Bajo	Ama de casa	92	madre

NC: no contesta.

Fuente: elaboración propia.

2.2. Procedimiento

Tras contactar con un centro de día municipal de Valencia, se pidió la colaboración de personas cuidadoras para participar en el estudio y se seleccionaron mujeres cuidadoras cuyo familiar acudía diariamente al centro de día. Los criterios de inclusión fueron: ser la cuidadora principal e informal de una persona con enfermedad de Alzheimer; ser mayor de 40 años; tener capacidad y competencias para seguir adecuadamente la entrevista; y participar de forma voluntaria en el estudio. Una vez que las

cuidadoras informales aceptaron participar, se agendaron las entrevistas correspondientes. La duración de estas fue de 35 minutos, de media, y se realizaron en el centro de día o en el domicilio.

2.3. Instrumentos

La entrevista semiestructurada siguió un guion en el que, mediante preguntas abiertas, se indagó sobre diferentes variables relacionadas con los cuidados en la enfermedad de Alzheimer, tales como qué supone vivir con una persona con esta enfermedad, si contaba con algún apoyo, familiar o externo, las consecuencias de cuidar y la presencia de sentimientos de soledad o aislamiento social. Las entrevistas se grabaron y transcribieron para poder realizar un análisis temático de los contenidos.

2.4. Resultados

El análisis se realizó en diferentes fases. La primera se centró en identificar los elementos más destacables que surgieron en cada entrevista. Una vez realizado este paso, se seleccionaron las cuestiones que afectaban a las cuidadoras informales y más se repitieron (tabla 2).

En la segunda fase, se agruparon los temas por categorías, tal y como se muestra en la tabla 3, donde se indican los temas y la frecuencia de aparición. Los temas más frecuentes que han aparecido en las narrativas han sido: la vivencia de la enfermedad (primeros síntomas de la enfermedad, aceptación de la situación, cambios en la vida familiar, convivencia y consecuencias), los recursos de apoyo (apoyo familiar, centro de día), las consecuencias de cuidar (sobrecarga, SPCD —depresión, ansiedad, culpa, duelo anticipado—), el aislamiento y la soledad (consecuencias de cuidar).

2.4.1. Sentimientos de soledad

Todas las mujeres entrevistadas han visto su vida social afectada por el hecho de asumir el rol de cuidadoras informales, ya que no disponen de tanto tiempo, o incluso carecen de vida social y actividades de ocio, lo que favorece el desarrollo de soledad. Se asume que cuidar significar "dar el 200 por 100 de tu vida", incluso renunciando a tener vida propia, más allá del cuidado:

Las relaciones sociales es algo de lo que te tienes que ir olvidado a medida que avanza la enfermedad. Ahora, aún puedo bajar un rato a

Tabla 2. Temas recurrentes en las entrevistas

	Cuid. 1	Cuid. 2	Cuid. 3	Cuid. 4	Cuid. 5	Cuid. 6	Cuid. 7
Soledad/aislamiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Apoyo de la familia cercana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Detección familiar de la enfermedad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Síntomas depresión/ansiedad	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Duelo anticipado	✓		✓	✓	✓	✓	
Sobrecarga	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
SPCD	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Culpa		✓		✓			
Consecuencias en las relaciones familiares			✓		✓		
Aceptación de la situación				✓	✓		

SPCD: síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Categorías y subcategorías que emergen en los análisis de las entrevistas

Categorías	Subcategorías
Soledad y aislamiento social	Consecuencias de cuidar Decisión de ser cuidadora (familiarismo)
Vivencia de la enfermedad	Primeros síntomas de la enfermedad Aceptación de la situación Cambios en la vida familiar Convivencia y consecuencias
Recursos de apoyo	Apoyo familiar Centros de día
Consecuencias de cuidar	Sobrecarga y SPCD Síntomas de depresión y de ansiedad Sentimientos de culpa Duelo anticipado

SPCD: síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias.

Fuente: elaboración propia.

la calle, pero no creo que, conforme avance la enfermedad, eso pueda seguir así... Todos sabemos cómo es esta enfermedad y cada día tienes que ir renunciando a pequeñas cosas. (Cuidadora 2)

La vida se centra en el cuidado, las 24 horas del día [...]. Yo, a medida que avanza la enfermedad, cada vez me siento más sola. (Cuidadora 5)

El cuidado implica cambios y planificar la vida día a día, sin pensar en el futuro más inmediato:

El tener a una persona así te cambia la vida al momento, porque ya no puedes hacer planes ni pensar si necesitas hacer esto o lo otro. (Cuidadora 3)

Cuando tienes a alguien que necesita que estés con ella prácticamente todo el día, no piensas en ti; quiero decir, primero, mi madre, porque te dices: no puedo estar mucho tiempo fuera porque mi madre se queda sola. Es como si siempre tuvieras que hacer tu vida en base a las necesidades de ella, y eso te va mermando. (Cuidadora 4)

Cuidar es vivido por muchas mujeres cuidadoras como hacerse a un lado. El control del tiempo y el espacio deja de tenerlo la persona cuidadora, que está disponible las 24 horas del día:

La vida mía privada casi casi ha desaparecido. (Cuidadora 1)

Ya no puedes salir a cenar, ya no puedes quedar a tomar algo con las amigas... (Cuidadora 3)

Conlleva que dejas de tener tu tiempo y espacio para ti. (Cuidadora 4)

Los cambios y adaptaciones que exige la enfermedad a menudo traen como consecuencia una renuncia a la vida social:

Mi vida ha cambiado mucho [...]. Yo ahora mismo no puedo moverme, vamos por turnos incluso para ir a misa [...]. A nosotros nos gustaba salir los cuatro a viajar, y eso ya ha terminado. Como ella no quiere salir, pues mi vida se reduce a eso, a estar en casa, hacer las cosas de casa, a atenderla como puedo. (Cuidadora 1)

Si quieres hacer un viaje, tienes que mirarlo muy bien y en qué fechas, porque a lo mejor no la puedo dejar con nadie o, directamente, cuando la ves un poco peor, ni te lo planteas. (Cuidadora 4)

Me tenía que quedar en casa con mi madre y muchas de las cosas que hacía antes ya no podía hacerlas. Fines de semana, vacaciones... son cosas que, cuando estás con este tipo de personas, ya casi no puedes ni pensar en ellas [...]. Por cuidarla, tuve que dejar de trabajar. (Cuidadora 5)

He dejado de salir a las tardes con mis amigas [...]. Moralmente, sí que me ha afectado [...]. No puedo dejarla sola. (Cuidadora 7)

No contar con el apoyo de la red de amistades, porque no saben ni cómo responder ni qué hacer, sume en una mayor soledad a las mujeres cuidadoras:

Al inicio de la enfermedad, sí que alguna vez íbamos a cenar con amigos, pero los amigos..., no quiero decir que ya no vengan con nosotros, pero ya no es como antes. A mi marido, le siguen sonando sus caras, pero se hace un lío con los nombres. (Cuidadora 2)

La gente, cuando se entera de que tu marido está así, se echa un poco como para atrás. (Cuidadora 6)

Está claro que tienes que olvidarte de muchas cosas cuando te pasa algo así [...] Mucha gente que antes veías más, dejas de verla al dejar de salir tú, o no sé, porque no saben cómo reaccionar y, poco a poco sí que dejas de verlos. (Cuidadora 6)

Cuando se les preguntó por el motivo por el que decidieron aceptar el rol de cuidadoras informales de su familiar, algunas de las mujeres entrevistadas explicaron que lo tuvieron que aceptar porque es un rol familiar externamente impuesto y, además, asumido desde siempre, relacionado con la norma cultural, el familiarismo:

Tengo una hermana, pero trabaja y se la lleva un fin de semana sí, uno no, pero normalmente siempre está conmigo y vive aquí [...]. Mi hermana trabaja y yo no, yo soy ama de casa, yo sabía que esto me tenía que pasar a mí, de hecho, lo he sabido toda la vida. (Cuidadora 7)

La mayoría tuvieron que aceptar la tarea de cuidar con resignación. Es "lo que toca hacer y sin protestar":

No creo que sea algo que la gente lo elija por propia decisión, yo creo que a muchas personas no les queda otra. (Cuidadora 2)

Mi madre tenía que estar con nosotros, porque mis hermanos, desde un primer momento, ya me dejaron claro que ellos no podían hacer frente a esto, porque trabajaban, y como yo era la que más tiempo tenía... (Cuidadora 3)

No es que lo asumas bien o mal, es que no te queda otra. (Cuidadora 4)

No obstante, dos de las mujeres entrevistadas explicaron que ellas asumían las tareas de cuidado como una responsabilidad filial, asumiendo la norma de reciprocidad y haciendo referencia a la transmisión intergeneracional de los cuidados:

Estoy a gusto atendiéndola, me parece que no lo hago porque lo debo hacer, sino porque lo quiero hacer [...]. Creo que ella lo hizo como madre y, ahora, lo quiero hacer yo. (Cuidadora 1)

E incluso en el caso del cuidado a la pareja, es algo que se tiene asumido desde el mismo momento del contrato matrimonial:

Yo le cuido porque es mi marido y tengo que hacerlo, qué voy a hacer si no... No quiero decir que sea una obligación; yo lo veo más como una responsabilidad, porque es mi marido. Yo le cuido porque le quiero y él me necesita. (Cuidadora 6)

2.4.2. Vivencia de la enfermedad

Los primeros síntomas de la enfermedad, en general, se manifestaron de manera sutil y en forma de pequeños despistes y desorientaciones que fueron detectando los propios familiares de las personas afectadas, aunque en algunos casos las propias personas también eran conscientes de que algo pasaba. En general, las mujeres cuidadoras principales destacaban síntomas iniciales como el nerviosismo, el aislamiento, la apatía, los fallos de memoria y de orientación:

Lo que empecé a notar, más que el alzhéimer, es que estaba muy nerviosa y yo achacaba sus nervios a lo que habíamos pasado [...]. Un día, cortándole el pelo me dice: "una preguntita le voy a hacer: ¿usted tiene mamá?" Entonces la llevé al neurólogo y confirmé que era alzhéimer. (Cuidadora 1)

Antes de que le diagnosticaran la enfermedad, empezó a no recordar el nombre de muchos pueblos en los que había estado trabajando diariamente [...]. El caso es que se le empezaban a olvidar las cosas que había hecho esa misma mañana, empezó a dejar de leer, hablaba menos que antes... (Cuidadora 2)

Empecé a darme cuenta de que cada vez que iba a su casa la notaba distraída [...]. Poco a poco fue perdiendo el contacto con las amigas; empezó a descuidar las labores del hogar cuando siempre había sido muy ordenada. También empezaba a hacer y a decir cosas raras, y hablaba de mi padre como si aún estuviera vivo... (Cuidadora 3)

Él decía que le costaba concentrarse cada vez más cuando iba a clase y empezó a coger muchas bajas [...]. Yo cada vez le notaba más cansado y muchas veces, si le recordaba si había hecho esto o lo otro, me decía que no y me decía que algo no tenía bien en la cabeza. (Cuidadora 6)

La confirmación del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, tal y como se ha dicho, supone una conmoción para el entorno familiar de la persona afectada:

Cuando te dicen eso, entre lo que oyes de la enfermedad y lo que causa en el cerebro, te asustas, sabes que la vida te va a cambiar de golpe. (Cuidadora 5)

Además, el avance de la enfermedad provoca inevitablemente cambios en la vida familiar, y así lo cuentan las cuidadoras entrevistadas, explicando que asumir los cuidados de la persona enferma, en

general, ha tenido consecuencias negativas en sus relaciones familiares más cercanas (familia nuclear y extensa):

Todo esto también me ha traído bastantes problemas con mi hermano; él no lo entiende. (Cuidadora 5)

Ahora mismo, la situación familiar está muy desgastada. (Cuidadora 3)

Imagínate el día a día... con discusiones con mi marido porque mis hermanos apenas nos ayudaban y éramos nosotros los que debíamos ocuparnos completamente de mi madre... Eso poco a poco va minando a la familia y la relación de pareja, porque dejas de tener la intimidad y las posibilidades que tenías cuando vivíamos solos con nuestros hijos. (Cuidadora 3)

2.4.3. Recursos de apoyo

Si bien en este caso todas las mujeres cuidadoras que han sido entrevistadas contaban con el recurso del centro de día, destacaban que su principal apoyo para manejar los cuidados era la familia directa. Las mujeres destacaban que sus familiares les ayudaban a realizar las tareas del hogar o eran quienes les facilitaban sobrellevar mejor la situación:

Cuando yo tengo que salir a comprar, mi marido se queda con ella y así no la dejo sola y yo salgo y, cuando yo llego, sale mi marido, y si quiero o necesito irme un fin de semana con mi marido al pueblo, pues se queda mi hija con mi madre sin salir, porque mi hijo trabaja. (Cuidadora 1)

Si acaso mi hija, la que está aquí, alguna vez me ayuda, sobre todo si tengo que ir a algún sitio o bien a la consulta o a coger algún medicamento: ella se queda con su padre y yo aprovecho para ir a hacer los recados. (Cuidadora 2).

Mi marido, con el que también vive, me ayuda mucho en los cuidados [...]; es muy importante el apoyo de la familia. (Cuidadora 3)

Yo doy gracias a Dios porque de mi hijo y de mi marido sí que tengo el apoyo que necesito. (Cuidadora 5)

Mi hermana dos fines de semana al mes la recoge el viernes por la noche y me la trae el domingo por la noche y, si yo lo necesito, mi marido me ayuda. (Cuidadora 7)

2.4.4. Consecuencias de cuidar

No cabe duda de que la enfermedad de Alzheimer tiene grandes consecuencias en el entorno de la persona afectada y, especialmente, sobre la persona que asume el rol de cuidadora principal, puesto que la persona atendida se vuelve más demandante a medida que avanza la severidad de afectación por

la enfermedad. Una de las que más han repetido las personas entrevistadas ha sido la sobrecarga que experimentaban las mujeres cuidadoras a causa de haber asumido el rol de cuidadora principal:

Este desgaste del día a día... (Cuidadora 3).

Las cosas de casa las sigo haciendo yo, eso no ha cambiado [...]. Yo creo que es una enfermedad que te hace estar muy encima de la persona enferma, porque tienes que estar pendiente la mayor parte del día... Antes, no tanto, pero claro, sabes que es un proceso que cada día va a más. (Cuidadora 2)

Mi madre es una persona totalmente dependiente de mí, y eso es una carga muy difícil de llevar, porque antes de pensar en lo que es bueno para ti, piensas en lo que es bueno para ella. (Cuidadora 3)

Además de la carga física, la enfermedad conlleva una carga mental que es subrayada por las mujeres cuidadoras:

Ese día a día de engaños que tienes que hacerle para que se duerma; el tener que aguantarla hasta las tantas, o esperar hasta que se duerma para irte tú...: eso yo creo que agota más que lo físico. (Cuidadora 4)

El sentimiento de carga sí que está ahí; el pensar que hay cosas que tienes que hacer por obligación y cosas que tienes que anteponer a otras que también son importantes para ti. (Cuidadora 5)

Los sentimientos de sobrecarga suelen relacionarse con los SPCD que, según refieren las mujeres entrevistadas, son una importante y frecuente fuente de malestar:

Las noches eran horribles, ¡unos gritos!... Empezó a dar golpes en las paredes, a querer coger las llaves de casa, y yo tenía que cerrar la puerta de la casa y guardarme las llaves; como ella no las veía en el sitio, iba por toda la casa rebuscando y gritando que quería las llaves. Luego gritaba: "auxilio, me pegan, socorro que me pegan..." (Cuidadora 1)

Porque a veces puede mostrarse agresivo... Mi marido habitualmente no, pero de vez en cuando se molesta, me grita porque no entiende el sentido de algunas cosas que hacemos. (Cuidadora 2)

El tema de la agresividad ya es algo que pasamos hace tiempo, pero sí que era duro tener que aguantarla, más sabiendo que tú estás haciendo algo por su bien y que no solo no te lo agradece, sino que encima te insulta o te desprecia. Yo creo que es el momento más duro al que una cuidadora se puede enfrentar (Cuidadora 3).

También es difícil cuando le da por ponerse violenta, te araña o te grita... (Cuidadora 4)

Cuando la chica nos la traía a casa, mi madre nos hablaba mal de ella y nos decía que quería robarle

en casa. La chica nos decía muchas veces que, en casa, cuando estaban solas por las mañanas, le intentaba agredir con el bastón. (Cuidadora 5)

Cuando bajaba del autobús, pateaba y gritaba. (Cuidadora 7)

Convertirse en cuidadora principal de otra persona suele afectar negativamente a la salud de quien la asume, y eso incluye la salud mental. En el caso de las personas cuidadoras familiares de personas con alzhéimer, muchas veces aparecen síntomas de depresión o de ansiedad entre las personas que desempeñan este rol, bien por las consecuencias emocionales y afectivas del propio diagnóstico, bien por lo que son los cuidados en sí mismos:

Sí que me ha afectado... Ahora estoy muy sensible [...], más nerviosa de lo normal [...]. La verdad es que el nervio me puede, me lo domino menos que antes. (Cuidadora 1)

Al principio, me ha pasado: yo estaba muy obsesionada, incluso empecé a adelgazar y yo estaba bien, pero estaba con un poco de ansiedad por las noches. (Cuidadora 7)

El hecho de dedicar todas las fuerza y energía al cuidado olvidándose de sí, sume también en depresión a quien ve que no se puede frenar el avance de la enfermedad:

Lo he dicho muchas veces en voz alta: Yo es que siempre soy la última; al final sí que tienes la sensación de que una no es nada, la última; tienes que estar atendiendo a esto, a lo otro... (Cuidadora 1)

Ha habido alguna época en estos dos años, sobre todo al principio, [en] que sí que he tenido alguna depresión, que no tenía ganas de hacer nada [...]. Tú intentas, piensas que ella estaría mejor si pusieras un poco más de sacrificio; tú intentas hacerlo lo mejor posible, pero como muchas veces no sirve, no valoras..., no te valoras a ti misma. (Cuidadora 5)

El no tener un horizonte temporal, no saber hasta cuándo va a durar esta tarea de cuidados, produce tristeza e indefensión a las mujeres cuidadoras:

Lo más duro es que, al día siguiente, va a ser igual, y va a ser así hasta que fallezca: es lo peor que llevo yo. (Cuidadora 2)

Junto con los síntomas de depresión y de ansiedad, también suelen desarrollar frecuentemente sentimientos de culpa, pues experimentan sentimientos contradictorios o ambivalentes hacia la persona cuidada o por tener que mentir en ocasiones, aunque sea "por su bien":

Hay veces que piensas que es una carga y luego te sientes mal o tienes remordimientos por pensar así, o deseas que la situación se acabe y que esto dure ya lo menos posible. (Cuidadora 4)

Tengo que explicarle muchas veces que es bueno para él, que de este modo se pondrá mejor..., cuando sé que es mentira, y te sientes como que le estás engañando. (Cuidadora 2)

Varias de las cuidadoras informales explicaban cómo recordaban a sus familiares antes del diagnóstico y avance de la enfermedad y cómo se sentían ante esta nueva realidad, en general, con tristeza. También hablaban de cuidar a alguien a quien no se reconoce:

Yo digo que ella ni siente ni padece..., pero claro, nosotros y, sobre todo yo, somos los que sufrimos esto... No solo porque la hemos ido viendo cómo ha perdido ya casi todo lo que era... Porque como dice mi hija, ella ya no es la abuela... (Cuidadora 3)

Es una enfermedad muy triste, porque sabes que tu familiar ya no te ve igual y, lo que es peor, muchas veces tú dejas de verle a él. Lo más duro es ver que no es ella: no te trata ya como una madre, sino como alguien externa a ella. (Cuidadora 4)

Siento mucha pena y mucha lástima, porque ves cómo está ahora y lo que era antes para ti... Hay días en los que le dices algo y parece que no sepa de qué le estás hablando, que hace que se te caiga el alma a los pies. (Cuidadora 5)

Tarde o temprano ves cómo la persona que más quieres va dejando de ser ella misma. (Cuidadora 6)

3. Discusión

Las entrevistas realizadas han mostrado las diferentes realidades que experimentan las cuidadoras informales a lo largo del proceso del cuidado de una persona con enfermedad de Alzheimer, pero también han mostrado muchos puntos en común en el cuidado. A pesar de que cada familia lo vive de una manera distinta, y cada persona reacciona de maneras diferentes, tal y como se ha podido ver en las entrevistas, existen puntos comunes en los que coinciden las mujeres cuidadoras, entre ellos, las consecuencias que el cuidado tiene en la salud, las consecuencias en la vida familiar, en las relaciones sociales y en los sentimientos de soledad, entre otros.

El objetivo principal de este trabajo consistía en conocer los factores implicados en la experiencia de cuidar de las mujeres cuidadoras. Los temas que han emergido en las entrevistas son: la soledad y el aislamiento social; la vivencia de la enfermedad; contar con recursos de apoyo, y las consecuencias de cuidar.

El primer tema (y punto central en este artículo) es la soledad y el aislamiento social que, debido a la disminución del tiempo para el ocio y vida social, muchas de las cuidadoras acaban sintiendo. Las personas entrevistadas destacan que prácticamente su vida se centraba en cuidar de su familiar. La mayoría había dejado su vida social de lado, bien

porque no tenía tiempo, bien porque ya no tenía la misma relación con sus amistades o bien porque no se atrevía a dejar mucho tiempo sola a la persona cuidada. La falta de intimidad y la imposibilidad de hacer planes a largo plazo, como irse de vacaciones, eran temas recurrentes en las entrevistas.

La literatura confirma la relación entre los sentimientos de soledad y los cuidados de una persona con algún tipo de demencia y, en las investigaciones que han comparado personas cuidadoras con personas no cuidadoras, las que desempeñan estas tareas sienten mayores sentimientos de soledad (Victor *et al.*, 2021). En estos casos, es habitual, sobre todo cuando se cuida de una pareja con la que normalmente existe un vínculo de intimidad y cercanía, se produzca un cambio de rol, pasando de una relación de igual a igual, horizontal, a una relación vertical, de cuidador y cuidado (Rippon *et al.*, 2023). Algunos trabajos defienden que esta modificación en el tipo de vínculo con la pareja afecta a los sentimientos de soledad a largo plazo incluso más que el fallecimiento de la propia pareja, y ocurre algo similar en el caso de la relación con los hijos e hijas (Yang, 2018).

Cuidados, aislamiento social y menor bienestar suelen ir de la mano. La investigación realizada por Victor *et al.* (2021) se centró en los factores predictivos y la prevalencia de los sentimientos de soledad de 1283 personas cuidadoras de personas con demencia y, de entre las personas estudiadas, el 62 % refirió estar experimentando sentimientos de soledad y en el 18 % de los casos estos sentimientos de soledad eran graves. Estas puntuaciones altas en soledad iban unidas a puntuaciones bajas en bienestar y altas en estrés y aislamiento social.

En el segundo tema, la vivencia de la enfermedad, se han incluido los subtemas referidos a los efectos de los primeros síntomas de la enfermedad, cómo acepta el entorno familiar la nueva situación y los cambios que esto supone y los problemas de convivencia y las consecuencias. En cuanto al primer subtema, buscábamos analizar los efectos que tienen las tareas de cuidado en la vida personal de las mujeres cuidadoras informales de este estudio. Las respuestas han confirmado la existencia de afecciones que generalmente son negativas. Primero, porque el diagnóstico en sí mismo genera una conmoción en el entorno más cercano de la persona afectada, bien por el miedo al futuro en algunos casos, a las consecuencias de la enfermedad, en otros, o a los cambios que, inevitablemente va a suponer en el resto de las personas (en el ámbito laboral como en el familiar, entre otros).

Siguiendo con el análisis, otra de las consecuencias más destacada por las mujeres entrevistadas ha sido la sobrecarga, sobre todo a medida que la enfermedad va progresando, puesto que la persona se vuelve cada vez más demandante de apoyos y ayuda y requiere, gradualmente, una mayor atención; además, los frecuentes síntomas psicológicos y conductuales

asociados a las demencias añaden sobrecarga. Sobre esto, Connors *et al.* (2019) investigaron si el efecto de la carga aumenta o disminuye con el tiempo y, para ello evaluaron a 720 personas cuidadoras durante 3 años. Tras el periodo de investigación, la puntuación de las personas que participaron aumentó, resultado que coincidió con los hallazgos de estudios anteriores. Los autores también afirmaron que la sobrecarga se relacionaba con el grado de deterioro funcional y la presencia de SPCD, tal y como previamente habían concluido otros trabajos (Feast *et al.*, 2016; Cheng *et al.*, 2017). Resumiendo: a mayor deterioro funcional y más SPCD, mayor sobrecarga y agotamiento en la persona cuidadora familiar.

El tercer tema son las consecuencias de cuidar y, en especial, la sobrecarga y el efecto emocional de los SPCD, los síntomas de depresión y de ansiedad, los sentimientos de culpa y el duelo anticipado. Esta tercera categoría incluye los recursos de apoyo, entre los que se encuentra, por supuesto, el apoyo familiar y los centros de día, que son los que han mencionado las mujeres entrevistadas, si bien ellas saben que hay más (teleasistencia, cuidadores no profesionales, residencias). Las personas entrevistadas destacan el gran apoyo que es para ellas el poder contar con un recurso como es el centro de día, ya que saben que sus familiares allí están bien cuidados, hacen actividades que les resultan beneficiosas y, para las cuidadoras, representa la posibilidad de tener tiempo libre. Por otra parte, todas las entrevistadas destacan lo importante que es contar con el apoyo de su familia cercana —citan al marido, los hijos e hijas— y destacan que sus familiares reconocen el esfuerzo que ellas hacen para llevar lo mejor posible la situación, ya que muchas veces hay momentos difíciles de gestionar.

Al hablar de consecuencias del cuidado, en las entrevistas aparecían la depresión y la ansiedad, junto con los sentimientos de culpa. La sintomatología depresiva y ansiosa son dos variables que se relacionan con la dificultad que tienen las mujeres cuidadoras de cambiar la situación y las consecuencias emocionales que supone el diagnóstico en otras personas de la red social.

Con respecto a la culpa, algunas de las mujeres cuidadoras explicaron que se sentían mal consigo mismas cuando tenían que mentir a sus familiares “por su bien” —decían— o cuando tenían pensamientos ambivalentes —querer cuidar bien, pero a la vez pensar que el familiar es una carga, e incluso desear que la situación termine, y todo se acabe ya—. Esos sentimientos contradictorios las hacían sentirse culpables y afectaban muy negativamente su bienestar. Los trabajos que se han centrado en estudiar el efecto de los sentimientos de culpa sobre las personas cuidadoras informales (Gallego-Alberto *et al.*, 2022) afirman que estos sentimientos son el resultado de la evaluación negativa que la propia persona hace de sus capacidades, en comparación con lo que la persona cree que es “lo que debería hacer”, lo ideal (Losada *et al.*, 2010b; Prunty y Foli,

2019). Por ejemplo, Gallego-Alberto *et al.* (2022) encontraron que estos sentimientos surgían cuando la forma de actuar del cuidador ante las necesidades de la persona a la que cuidaban no coincidía con el ideal de cuidado en una situación similar. Por último, los autores explicaron que una tercera causa de surgimiento de sentimientos de culpa se relacionaba con las ocasiones en las que la persona cuidadora decidía realizar alguna actividad de ocio, pues sentían que “abandonaban” a la persona cuidada y que no estaban haciendo “lo que tocaba hacer: cuidar”.

Sobre la calidad de la relación entre la persona con demencia y la persona cuidadora, nuestras entrevistas mostraron que una mayor calidad en la relación producía un menor riesgo de desarrollar sentimientos de soledad; es decir, la buena relación actúa de factor de protección. Esta conclusión coincide con la obtenida por otros estudios llevados a cabo con anterioridad, donde se ha visto que cuanto mejor era la calidad de la relación de las parejas, menores eran las puntuaciones en soledad (Ayalon *et al.*, 2013; Stokes, 2017). Asimismo, la buena calidad de los vínculos entre las personas también se ha relacionado con puntuaciones superiores en bienestar (Rippon *et al.*, 2020). Todas estas conclusiones nos indican que, al existir un cambio en la relación en la pareja, la persona cuidadora puede desarrollar sentimientos de soledad originados por la disminución o pérdida de la calidad del vínculo (Victor *et al.*, 2021).

Respecto a los cambios, uno de los efectos más mencionados por las mujeres cuidadoras es el deterioro en sus relaciones con las personas más cercanas de su familia, que se han resentido al discutir más o disponer de menos tiempo para hacer planes familiares conjuntos. A pesar de esta sensación de empeoramiento de la relación familiar, las mujeres cuidadoras sentían más cercanos a sus familiares, considerándolos su fuente de apoyo principal, tanto para realizar tareas instrumentales como en el plano emocional.

En este trabajo, queríamos analizar la relación entre cuidar a una persona con demencia y la soledad. Tal y como han referido, todas las cuidadoras informales entrevistadas han coincidido en que su vida social y su tiempo de ocio se han visto afectados y mermados a raíz de haber asumido el rol de cuidadoras, ya que el tiempo que antes tenían para esas actividades ahora lo empleaban, mayoritariamente, en los cuidados. Esta falta de tiempo para relacionarse con sus amistades y hacer otras actividades favorece el desarrollo de sentimientos de soledad y empeora su calidad de vida.

Por último, y relacionado con los cuidados, en las entrevistas se han podido ver los diferentes motivos por los que las mujeres entrevistadas habían asumido el rol de cuidadoras principales, quedando en evidencia la feminización de los cuidados. Esta tendencia puede relacionarse con cuestiones sociales y culturales, ya que a lo largo de la historia ha sido un rol asociado a las mujeres como proveedoras de

apoyo emocional y cuidadoras de los miembros de la familia (Vanegas Mendez *et al.*, 2023; Ruffinelli *et al.*, 2021; Monreal Gimeno *et al.*, 2019).

A pesar de que el familiarismo se explica como la ayuda mutua que se da entre las personas de una misma familia relacionada con la reciprocidad y la lealtad a los demás (Losada *et al.*, 2010a; Sabogal *et al.*, 1987), y aunque esta variable pueda ayudar en el cuidado entre las diferentes personas de la familia, también puede suponer una obligación. En aquellas familias que entienden que cuidar a otros familiares es una obligación, este cuidado puede tener efectos negativos, como angustia, ansiedad o estrés. De hecho, un estudio donde se analizó la influencia de los valores culturales según el parentesco y su relación con los sentimientos de soledad concluyó que las personas cuidadoras puntuaban más alto en soledad (Huertas-Domingo *et al.*, 2021); además, los resultados mostraron que, en el caso de las hijas, concretamente, cuanto mayor era la sensación de tener que cumplir con las obligaciones familiares, más intensa era la percepción de los sentimientos de soledad, puesto que fomentaban el uso de estrategias desadaptativas, como no pedir ayuda y, por lo tanto, no recibirla, lo cual reducía inevitablemente el apoyo social e incrementaba los sentimientos de soledad (Huertas-Domingo *et al.*, 2021).

Teniendo en cuenta los relatos de las cuidadoras informales entrevistadas, algunas propuestas a la luz de los resultados serían:

- Contar con información adecuada acerca de la enfermedad dado que esto les puede ayudar a reducir el miedo a una situación desconocida (cuidar a una persona con una enfermedad neurodegenerativa) y, consecuentemente, el grado de sobrecarga y de estrés asociado (Ruiz-Fernández *et al.*, 2019; Abreu *et al.*, 2018).
- Ofrecer apoyo a las familias para gestionar los cuidados y la buena comunicación interna, puesto que, al distribuir las tareas, los niveles de carga se reducen (Cesario *et al.*, 2017; Marques *et al.*, 2022).
- Ofrecer programas de respiro, que ayudan a mejorar el bienestar general de las personas cuidadoras al dejarles tiempo libre para sí mismas, y así, poder socializar y relacionarse con otras personas, reduciendo su soledad (Santana-García *et al.*, 2022).

4. Conclusiones

Las entrevistas realizadas a mujeres que son cuidadoras de un familiar con demencia nos han mostrado una realidad de sobrecarga, renunciadas y soledad ante el cuidado. Cuidar es una oportunidad, pero si la persona que cuida no se cuida a sí misma y no cuenta con apoyo de su red social próxima, acaba agotándose.

Elegir solo a mujeres que cuidan fue una buena idea, pues hemos podido ver que, a pesar de las diferencias de edad, nivel de estudios y estilos de vida, la idea de que "el cuidado les toca a ellas" ha aparecido en todas las entrevistas.

Cuando existen suficientes recursos de apoyo, la carga de cuidar es menor. Si bien las personas cuidadas pueden acudir diariamente al centro de día, las mujeres cuidadoras no lo ven como un respiro, y esto es así porque quizás no aprovechan ese tiempo libre para sí mismas. Algunas de ellas han nombrado a familiares que les apoyan en el cuidado, pero han reiterado la carga física y mental que supone ser la cuidadora principal. No sabemos si el rol de cuidadora familiar ha sido elegido libremente o no, pero, aun así, está claro que la sobrecarga es grande; tan grande que cuando deciden tener tiempo de ocio, emergen sentimientos de culpa que les dificultan disfrutarlos.

Una única cuidadora de las entrevistadas trabajaba fuera de casa (al menos cuando se realizó la entrevista) y, en general, son muchas las cuidadoras que tienen que reducir su jornada laboral o dejar de trabajar por tener que cuidar de un familiar. Asumir el cuidado principal de un familiar es una tarea que ocupa el día entero y no es compatible con un horario laboral, por lo que sería importante ofrecer recursos para este tipo de situaciones y facilitar así la conciliación igual que se facilita en otros momentos vitales.

En tercer lugar, pero como tema principal del artículo, nos interesaba abordar la soledad asociada al cuidado. Todas ellas nos hablan de las renunciadas que han hecho a la vida social, con el malestar psicológico que eso supone. se sienten solas frente al cuidado y aisladas respecto a su red relacional.

La riqueza de estas entrevistas ha permitido conocer en profundidad las luces y las sombras del cuidado. Observamos más sombras que luces, pues a tenor del tiempo ocupado en la entrevista hablando de las consecuencias negativas, este es el tema más saliente en las siete mujeres entrevistadas.

- ABREU, W.; TOLSON, D.; JACKSON, G. A. y COSTA, N. (2018): "A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia," *Dementia*, vol. 19, n.º 2, pp. 301-318, <<https://doi.org/10.1177/1471301218773842>>.
- AYALON, L.; SHIOVITZ-EZRA, S. y PALGI, Y. (2013): "Associations of loneliness in older married men and women," *Aging & Mental Health*, vol. 17 n.º 1, pp. 33-39, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702725>>.
- BAMBA, B. M.; GÓMEZ, R. A. y BELTRÁN, M. O. (2017): "El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional", *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, n.º 36, pp. 11-24.
- CESÁRIO, V. A. C.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. M. y CLAUDINO, K. A. (2017): "Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer", *Saúde em Debate*, n.º 41, pp. 171-182, <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711214>>.
- CHAN, D.; LIVINGSTON, G.; JONES, L. y SAMPSON, E. L. (2013): "Grief reactions in dementia carers: a systematic review", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28, n.º 1, pp. 1-17, <<https://doi.org/10.1002/gps.3795>>.
- CHENG, S. T.; MAK, E. P.; LAU, R. W.; NG, N. S. y LAM, L. C. (2016): "Voices of Alzheimer caregivers on positive aspects of caregiving", *The Gerontologist*, vol. 56, n.º 3, pp. 451-460, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnu118>>.
- CHENG, S. T. *et al.* (2017): "Benefit-finding and effect on caregiver depression: a double-blind randomized controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 85 n.º 5, 521, <<https://doi.org/10.1037/ccp0000176>>.
- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (2021): *Censo de personas con alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas*, s. l., Confederación Española de Alzhéimer y Otras Demencias, <<https://www.ceafa.es/es-que-hacemos/proyectos-de-investigacion-sociosanitaria/censo-de-pacientes>>.
- CONNORS, M. H. *et al.* (2019): "Mild cognitive impairment and caregiver burden: a 3-year-longitudinal study", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 27, n.º 11, pp. 1206-1215, <<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.05.012>>.
- CRAWLEY, S.; SAMPSON, E. L.; MOORE, K. J.; KUPALI, N. y WEST, E. (2022): "Grief in family carers of people living with dementia: a systematic review", *International Psychogeriatrics*, vol. 35, n.º 9, pp. 477-508, <<https://doi.org/10.1017/S1041610221002787>>.
- DE JONG GIERVELD, J. (1998): "A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences", *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 8, pp. 73-80, <<https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>>.
- DE JONG GIERVELD, J.; VAN TILBURG, T. y DYKSTRA, P. A. (2006): "Loneliness and social isolation", en VANGELISTI, A. L. y PERLMAN, D. (eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 485-500.
- DIMIER, M. D. (2022): "Desafíos actuales: la feminización del cuidado de los vínculos intergeneracionales", *Persona y Familia*, vol. 11, n.º 1, pp. 89-113, <<https://doi.org/10.33539/peyfa.2022.n11v1.2567>>.

- ECHEVERRY, N.; LUNA PALENCIA, D. y MARÍN CASTRO, G. (2021): *El diagnóstico del Alzheimer, su cuidador y la influencia en el núcleo familiar del adulto mayor. influencia en el núcleo familiar del adulto mayor*, Bogotá, Universidad Cooperativa de Colombia.
- ESPÍN FALCÓN, J. C. (2020): "Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 36, n.º 1, e1138.
- FABÁ, J.; VILLAR, F. y WESTERHOF, G. (2023): "Perceived caregiving trajectories and their relationship with caregivers' burdens and gains", *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 26, e12, <<https://doi.org/10.1017/SJP.2023.12>>.
- FEAST, A.; MONIZ-COOK, E.; STONER, C.; CHARLESWORTH, G. y ORRELL, M. (2016): "A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being", *International Psychogeriatrics*, vol. 28, n.º 11, pp. 1761-1774, <<https://doi.org/10.1017/S1041610216000922>>.
- GALLEGO-ALBERTO, L. *et al.* (2022): "'I feel guilty': Exploring guilt-related dynamics in family caregivers of people with dementia", *Clinical Gerontologist*, vol. 45 n.º 5, pp. 1294-1303, <<https://doi.org/10.180/07317115.2020.1769244>>.
- GÓMEZ PASTOR, I. (2017): "Estrategia de enfermedades neurodegenerativas", *Autonomía Personal*, n.º 20, pp. 32-35.
- HAWKLEY, L. C. y CACIOPPO J. T. (2010): "Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 40, n.º 2, pp. 218-227, <<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>>.
- HERNÁNDEZ, M. A. *et al.* (2019): "Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores", *Revista Española de Salud Pública*, n.º 93, e201908038.
- HUERTAS-DOMINGO, C. *et al.* (2021): "Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: the role of kinship", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18 n.º 9, 4700, <<https://doi.org/10.3390/ijerph18094700>>.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986): "Cognitive theories of stress and the issue of circularity", en APPLEBY, M. H. y TRUMBULL, R. (eds.), *Dynamics of stress*, Boston, Springer, pp. 63-80, <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4>.
- LIEW, T. M. (2016): "Applicability of the pre-death grief concept to dementia family caregivers in Asia", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 31 n.º 7, pp. 749-754, <<https://doi.org/10.1002/gps.4387>>.
- LOSADA, A. *et al.* 2010a): "Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and disfunctional thoughts", *Aging & Mental Health*, vol. 14, n.º 2, pp. 193-202, <<https://doi.org/10.1080/13607860903167838>>.
- LOSADA, A.; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M.; PEÑACOBÁ, C. y ROMERO-MORENO, R. (2010b): "Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire", *International Psychogeriatrics*, vol. 22, n.º 4, pp. 650-660, <<https://doi.org/10.1017/S1041610210000074>>.
- LOSADA, A. *et al.* (2019): "Measuring familism in dementia family caregivers: the revised familism scale", *Aging & Mental Health*, vol. 24, n.º 5, pp. 784-788, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1562537>>.
- MARQUES, Y. S. *et al.* (2022): "La enfermedad de alzheimer en el anciano/familia: potencialidades, debilidades y estrategias", *Cogitare Enfermagem*, vol. 27, e80169, <<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80169>>.
- MARTYR, A. *et al.* (2023): "Resilience in caregivers of people with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL cohort", *BMC Geriatr*, vol. 23, n.º 1, 804, <<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04549-y>>.
- MENDEZ-LUCK, C. A.; APPLEWHITE, S. R.; LARA, V. E. y TOYOKAWA, N. (2016): "The concept of familism in the lived experiences of Mexican-origin caregivers", *Journal of Marriage and Family*, vol. 78, n.º 3, pp. 813-829, <<https://doi.org/10.1111/jomf.12300>>.
- MONREAL GIMENO, M.; CÁRDENAS RODRÍGUEZ, C. y MARTÍNEZ FERRER, B. (2019): "Estereotipos, roles de género y cadena de cuidados. transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres", *Revista de Ciencias Sociales Collectivus*, vol. 6, n.º 1, pp. 83-100, <<https://doi.org/10.15648/Coll.1.2019.06>>.
- MORA, G.; BERBÍS, C.; MARTÍNEZ, E.; MONTESÓ, P. y FERRÉ, C. (2019): "Reconstrucción de la vida cotidiana de los post-cuidadores familiares: afrontando el duelo del cuidador", *Index de Enfermería*, vol. 28, n.º 3, pp. 105-109.
- NAVARRO, M.; JIMÉNEZ, L.; GARCÍA, M.; PEROSANZ, M. D. y BLANCO, E. (2018): "Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería", *Gerokomos*, vol. 29, n.º 2, pp. 79-82.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2023): *Demencia*, s. l., Organización Mundial de la Salud, <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>>.
- PARK, J.; TOLEA, M. I.; ARCAJ, V.; LOPES, Y. y GALVIN, J. E. (2019): "Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease", *Social Work in Mental Health*, vol. 17, n.º 3, pp. 253-278, <<https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1526756>>.
- PINAZO-HERNANDIS, S (2021): "La soledad de las personas mayores", en *Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Madrid, Imserso, pp. 461-545.
- (2023): "Definir y conocer las soledades y los factores de riesgo", en AMO, R. (ed.), *Bioética y soledad no deseada*, Madrid, Universidad de Comillas, pp. 15-31.
- PINAZO-HERNANDIS, S.; PINAZO-CLAPÉS, C.; SALES, A.; FACAL, D. y OLIVERA, J. (2021): *Cuidados centrados en las personas con demencia. Guía de actuación profesional ante síntomas psicológicos y conductuales*, s. l., Fundación Pílares.
- PINAZO-HERNANDIS, S.; LORO, M. y GUTIÉRREZ FERREIRO, D. (2023): "¿Cómo definen la soledad las personas mayores? Explorando ideas para la intervención psicosocial y comunitaria", en

- BERMÚDEZ VÁZQUEZ, M. (coord.), *Caminos de reflexión y pensamiento: análisis desde la filosofía hasta los ODS*, Madrid, Dykinson, pp. 413-435.
- PRUNTY, M. M. y FOLI, K. J. (2019): "Guilt experienced by caregivers to individuals with dementia: a concept analysis", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 1, n.º 2, e12227, <<https://doi.org/10.1111/opn.12227>>.
- QUINN, C. y TOMS, G. (2019): "Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: a systematic review", *The Gerontologist*, vol. 59, n.º 5, e584-e596, <<https://doi.org/10.1093/geront/gny168>>.
- RIPPON, I. *et al.* (2020): "The impact of relationship quality on life satisfaction and well-being in dementia caregiving dyads: findings from the IDEAL study", *Aging & Mental Health*, vol. 24, n.º 9, pp. 1411-1420, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1617238>>.
- RIPPON, I. *et al.* (2023): "Dyadic perspectives on loneliness and social isolation among people with dementia and spousal carers: findings from the IDEAL programme", *Aging & Mental Health*, vol. 28, n.º 6, pp. 891-899, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2286618>>.
- ROMERO-MORENO, R. *et al.* (2014): "Leisure, gender, and kinship in dementia caregiving: psychological vulnerability of caregiving daughters with feelings of guilt", *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 69, n.º 4, pp. 502-513, <<https://doi.org/10.1093/geronb/gbt027>>.
- RUBIO, M.; MÁRQUEZ, F.; CAMPOS, S. y ALCAYAGA, C. (2018): "Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer", *Gerokomos*, vol. 29, n.º 2, pp. 54-58.
- RUFFINELLI, R. *et al.* (2021): "Mujeres cuidadoras de personas dependientes en el contexto familiar, una imposición social o una opción personal", *Kera Yvoty. Reflexiones sobre la Cuestión Social*, vol. 6, pp. 143-152, <<https://doi.org/10.54549/ky.6.2021.143>>.
- RUIZ-FERNÁNDEZ, M. D.; ORTIZ, R. y ORTEGA-GALÁN, Á. M. (2019): "Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto", *Cultura de los Cuidados*, vol. 23, n.º 53, <<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.03>>.
- SABOGAL, F.; MARÍN, G.; OTERO-SABOGAL, R.; MARÍN, B. V. y PEREZ-STABLE, E. J. (1987): "Hispanic familism and acculturation: what changes and what doesn't?", *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 9, n.º 4, pp. 397-412, <<https://doi.org/10.1177/07399863870094003>>.
- SANTANA-GARCÍA, Y. *et al.* (2022): "Caracterización de cuidadores de adultos mayores con demencia. Cárdenas, 2019", *Revista Médica Electrónica*, vol. 44, n.º 5, pp. 822-833.
- SARASOLA, D. (2023): "La enfermedad de Alzheimer: una epidemia del siglo XXI", en BAGNATI, P. M. (comp.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: manual para la familia*, 4.ª ed., Buenos Aires, Polemos, pp. 35-47.
- SEEHER, K. y BRODATY, H. (2017): "Family carers of people with dementia", en AMES, D.; O'BRIEN, J. T. y BURNS, A. (eds.), *Dementia*, Boca Raton, CRC Press, pp. 162-180.
- SERRANO-ORTEGA, N. (2018): "Afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes" [tesis doctoral], Universidad de Jaén.
- SPIGELMYER, P. C.; HUPCEY, J. E.; SMITH, C. A.; LOEB, S. J. y KITKO, L. (2017): "Resistiveness to care as experienced by family caregivers providing care for someone with dementia", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 50, n.º 1, pp. 36-46, <<https://doi.org/10.1111/jnu.12345>>.
- STOKES, J. E. (2017): "Two-wave dyadic analysis of marital quality and loneliness in later life: results from the Irish Longitudinal Study on Ageing", *Research on Aging*, vol. 39, n.º 5, pp. 635-656, <<https://doi.org/10.1177/0164027515624224>>.
- SURY, L.; BURNS, K. y BRODATY, H. (2013): "Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families", *International Psychogeriatrics*, vol. 25, n.º 6, pp. 867-876, <<https://doi.org/10.1017/S1041610213000057>>.
- TAYLOR, H. O.; TAYLOR, R. J.; NGUYEN, A. W. y CHATTERS, L. (2018): "Social isolation, depression, and psychological distress among older adults", *Journal of Aging and Health*, vol. 30, n.º 2, pp. 229-246, <<https://doi.org/10.1177/0898264316673511>>.
- VANEGAS MENDEZ, S. N.; LEMOS RAMÍREZ, N. V.; CERQUERA CÓRDOBA, A. M.; PLATA OSMA, L. J. y TAPIAS SOTO, M. F. (2023): "Experiencia de personas cuidadoras de pacientes con Trastorno Neurocognitivo tipo Alzheimer: feminización y familismo", *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, vol. 70, pp. 89-120, <<https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n70a5E>>.
- VALTORTA, N. K.; KANAAN, M.; GILBODY, S. y HANRATTY, B. (2018): "Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing", *European Journal of Preventive Cardiology*, vol. 25, n.º 13, pp. 1387-1396, <<https://doi.org/10.1177/2047487318792696>>.
- VICTOR, C. R. *et al.* (2021): "The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme", *Aging & Mental Health*, vol. 25, n.º 7, pp. 1232-1238, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014>>.
- YANG, K. (2018): "Longitudinal loneliness and its risk factors among older people in England", *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, vol. 37, n.º 1, pp. 12-21, <<https://doi.org/10.1017/S0714980817000526>>.
- YANGUAS, J.; PINAZO-HERNANDIS, S. y TARAZONA, F. J. (2019): "The complexity of loneliness", *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, vol. 89, n.º 2, pp. 302-314, <<https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>>.

Indicadores para medir la calidad de la atención en los centros residenciales para personas mayores de Álava. Resultados de un estudio piloto

Madalen Saizarbitoria

SIIS Servicio de Investigación e Información Social, Fundación Eguía-Careaga
msaizarbitoria@siis.net

Patricia Andrés

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

Iñaki Artaza

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

Roberto Aguirre

Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Álava

Arabako Foru Aldundiak lurraldeko gizarte-zerbitzuen zentroetan arretaren kalitateari buruzko adierazle-sistema bat ezartzeko proiektua jarri du abian. Proiektuaren lehen-fasea adinekoen egoitza-zentroentzako adierazle sorta bat teorikoki eta praktikoki baliozkotzea izan da. Lan hori zerbitzuak ematen dituzten erakundeekin lankidetzan egin da, eta zentro publiko eta pribatuetako 70 profesionalak baino gehiagok parte hartu dute. Artikulu honetan proiektuaren garapena deskribatzen da, eta hautatutako kalitate-adierazleen pilotajeak adinekoentzako 30 bat egoitza-zentrotan izan dituen emaitzak jasotzen dira.

Gako-hitzak:

Adinekoen egoitzak, kalitatea, adierazleak, erorikoak, ultzerak, murrizketa fisikoak.

La Diputación Foral de Álava ha puesto en marcha un proyecto para implantar un sistema de indicadores sobre calidad de la atención en los centros de servicios sociales del territorio. La primera fase del proyecto ha consistido en la validación teórica y práctica de una batería de indicadores para los centros residenciales de personas mayores, un trabajo que se ha desarrollado en colaboración con las entidades proveedoras de servicios, y en el que han participado más de 70 profesionales de centros públicos y privados. Este artículo describe brevemente el desarrollo del proyecto y recoge los resultados del pilotaje de los indicadores de calidad seleccionados en una treintena de centros residenciales para personas mayores.

Palabras clave:

Residencias de mayores, calidad, indicadores, caídas, úlceras, restricciones físicas.

1. Antecedentes

La mejora de la calidad de la atención es uno de los retos más importantes a los que se enfrentan los servicios sociales en el siglo XXI (OCDE y Unión Europea, 2013). La utilización de indicadores para documentar, comparar y promover la calidad de la atención está ganando importancia a medida que se reconoce la necesidad de desarrollar una cultura de la práctica basada en la evidencia que permita incorporar el conocimiento científico a la práctica cotidiana de los profesionales y de los servicios (Murakami y Colombo, 2013). La abundante literatura sobre el asunto pone de manifiesto que, si bien la construcción de indicadores para medir la calidad de la atención plantea dificultades metodológicas —tanto referidas a la medición del propio constructo de calidad como a la interpretación de los resultados (Arling *et al.*, 2005)—, su aplicación puede tener un efecto positivo en las prácticas profesionales, los procesos de atención y, en último término, en el bienestar de las personas residentes (Hutchinson *et al.*, 2009; Mor, 2005).

En el ámbito de los servicios sociales, los centros residenciales para personas mayores han sido pioneros en adoptar sistemas de indicadores para medir la calidad de la atención (Wunderlich y Kohler, 2001). En primer lugar, por su proximidad al ámbito sanitario, donde la práctica basada en la evidencia ha tenido mayor recorrido, pero también porque se trata de servicios donde las personas van a vivir y donde, en consecuencia, las prácticas profesionales y la calidad de la atención ofrecida pueden tener importantes consecuencias en la calidad de vida de las personas residentes. La mejora de la calidad de la atención como medio para mejorar la calidad de vida de las personas residentes es, en este sentido, una cuestión que ha recibido un creciente interés en el sector residencial, tanto por parte de las empresas que prestan los servicios como de las administraciones públicas responsables de la provisión de estos, de la comunidad investigadora y de las propias personas usuarias y sus familiares.

A nivel internacional, los países de habla inglesa son los que más han avanzado en la construcción y aplicación de indicadores de calidad en las residencias. En Estados Unidos, la adopción de indicadores para monitorizar la calidad de los servicios residenciales comenzó en la década de 1970, impulsado en parte por la necesidad del Gobierno federal de controlar la calidad de la atención que se estaba prestando a las personas cuyos servicios estaba financiando el estado a través de los programas Medicaid y Medicare, tras la publicación de informes gubernamentales y no gubernamentales que cuestionaban la calidad de la atención (Zimmerman, 2003; Zimmerman *et al.*, 1995). Desde entonces, el sistema de indicadores se ha ido modificando y mejorando, especialmente a partir de la década de 1980, con la implantación del sistema RAI para la valoración clínica de las personas residentes. Actualmente, existen en Estados

Unidos dos iniciativas destacables en este ámbito de los indicadores de calidad residencial: por una parte, los conocidos como Nursing Home Quality Indicators (QIs), desarrollados por el Center for Health Systems Research and Analysis (CHSRA) de la Universidad de Wisconsin-Madison¹ y, por otra, la web Nursing Home Compare², que integra, además de información sobre inspecciones y ratios de personal, 19 indicadores de calidad (*quality measures*) cuyos resultados se hacen públicos a nivel de centro como medio para informar a la ciudadanía. Estas iniciativas son de importancia, porque se basan en un compendio bastante exhaustivo de indicadores estructurales, de proceso y de resultados, validados por estudios de carácter empírico, y porque se trata de sistemas de alcance nacional. Además, en el caso de Nursing Home Compare, el hecho de publicar los resultados por centro y la posibilidad que ofrece a las personas usuarias de elegir centro basándose en esta información ha supuesto un importante acicate para la industria a la hora de realizar mejoras en la calidad de la atención (Castle y Ferguson, 2010).

En Australia, el Programa Nacional de Indicadores de Calidad en Atención a Mayores (National Aged Care Quality Indicators Program) comenzó a funcionar en 2016, con una batería de tres indicadores de calidad: tasa de residentes con úlceras por presión; tasa de utilización de restricciones físicas y tasa de residentes con pérdida de peso no planificada. Los indicadores fueron seleccionados tras su pilotaje en más de 300 centros residenciales a lo largo de 2015. La batería de indicadores se ha ido ampliando en los años siguientes, hasta alcanzar 12 indicadores en la actualidad (Department of Health and Aged Care, 2022) y la participación es obligatoria para los centros residenciales desde 2023. El sistema australiano ha sido reconocido como uno de los sistemas de mayor calidad metodológica en cuanto a la selección y validación de los indicadores que incluye (Osińska *et al.*, 2022).

En Europa, la Comisión Europea ha financiado varios proyectos para describir los sistemas de medición de la calidad que se aplican en diferentes países y promover su aplicación. El primero de ellos, desarrollado en 2010 en el marco del programa PROGRESS, consistió en la identificación de diferentes sistemas de indicadores que estaban siendo utilizados en los países que participaron en el proyecto y su validación por un grupo de especialistas (Hoffmann *et al.*, 2010). El segundo se desarrolló en 2012 en el marco del proyecto ANCIEN, que analizaba el futuro de los cuidados de larga duración a personas mayores en Europa. Más recientemente, Suiza ha puesto en marcha un sistema nacional de indicadores de calidad (Wagner *et al.*, 2020; Zúñiga *et al.*, 2019; Zúñiga *et al.*, 2018).

¹ Una descripción del desarrollo de este sistema de indicadores puede encontrarse en Zimmerman (2003) y en la página web del CHSRA (<<https://qid.wisc.edu/chsra.php>>).

² <https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html>.

En España, el territorio histórico de Álava y la Diputación Foral del territorio fueron pioneros en la aplicación de sistemas de mejora de la calidad en el ámbito de la atención residencial a personas mayores. Durante la década de los años noventa la Diputación llevó a cabo evaluaciones en profundidad de la calidad de la atención en los centros de titularidad foral, utilizando para ello métodos cuantitativos y cualitativos que incluían entrevistas en profundidad a profesionales y residentes, así como la observación directa de los procesos de atención y de las interacciones entre residentes y miembros del personal (Instituto Foral de Bienestar Social, 1994). Estas evaluaciones contribuyeron, sin duda, de manera significativa a la calidad de la atención prestada en los centros residenciales públicos, pero su aplicación no tuvo continuidad, principalmente por la complejidad que entrañaba el proceso de evaluación y el elevado coste de aplicación.

Sin embargo, el progresivo desarrollo de sistemas informáticos de gestión residencial que incorporan información individual de las personas residentes —relativa, por ejemplo, a la valoración periódica de su estado de salud y funcional— y que se utilizan para registrar incidencias y eventos de interés (caídas, hospitalizaciones) ofrece, tal y como ha sucedido en otros países, la posibilidad de elaborar indicadores cuantitativos que permitan a los centros monitorizar la calidad de los procesos de atención que tienen un efecto significativo en el bienestar de las personas residentes, y medir los resultados obtenidos. En este contexto, el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava ha considerado oportuno poner en marcha un proyecto para validar e implantar una batería de indicadores cuantitativos y objetivos sobre calidad de la atención en los diferentes servicios sociales, proyecto que viene a complementar las diversas iniciativas de formación participativa y divulgación de buenas prácticas que está desarrollando para promover la mejora continua de la calidad de la atención en los centros de servicios sociales³.

2. Material y método

El proyecto comenzó a perfilarse en 2019, con el objetivo de seleccionar e implantar gradualmente en los centros de servicios sociales del territorio histórico de Álava una batería de indicadores cuantitativos que recoja algunos aspectos importantes de la calidad de la atención prestada. Se creó un grupo motor en el Instituto Foral de Bienestar Social para dirigir el proyecto⁴ y se acordó una metodología que implicaba

un despliegue gradual en las diferentes áreas del Instituto, comenzando por el Área de Mayores, y dentro de esta, por los centros residenciales para personas mayores. La metodología acordada en el grupo ordenaba el trabajo en varias fases:

- Elaboración de una revisión de la literatura internacional para identificar indicadores utilizados para medir la calidad de la atención en otros países y realizar una preselección de indicadores para presentar a las personas responsables de los centros.
- Validación teórica de los indicadores preseleccionados por parte de las personas profesionales de los centros, de cara a seleccionar los indicadores más relevantes y fiables, y con mayor disponibilidad de información para su obtención. Durante esta fase, los centros participantes podrían realizar aportaciones para afinar la definición de los indicadores, y se emplearía un sistema de votación para seleccionar los considerados más adecuados para ser pilotados e implantados en primer término en los centros (contando con que, una vez consolidado el sistema, deberían ir incorporándose nuevos indicadores).
- Validación práctica o fase de pilotaje de los indicadores seleccionados, para comprobar la viabilidad de obtener la información necesaria, realizar una primera valoración de la adecuación e interpretabilidad de los indicadores seleccionados y, en caso necesario, afinar la definición de los indicadores y de los instrumentos de recogida de información.

La primera fase, de revisión de la literatura, se concluyó en septiembre de 2019, con un informe que recogía una amplia batería de indicadores utilizados en todo el mundo. El grupo motor del proyecto se reunió en una ocasión posterior para abordar el trabajo de preselección de los indicadores, pero el trabajo quedó interrumpido debido a la irrupción de la pandemia de la COVID-19 y la muy complicada situación que atravesaron durante esa época los centros que iban a participar en el proyecto.

El grupo retomó el trabajo a finales de 2022. Se actualizó la información de la revisión realizada en 2019 para incluir sistemas de indicadores que habían aparecido en esos años (los sistemas nacionales suizo y australiano, en particular). Por otra parte, entre diciembre de 2022 y enero de 2023, se realizó una encuesta a los centros para conocer la disponibilidad de datos para elaborar un panel de indicadores de calidad, y los sistemas de gestión de la información que tienen implantados. A esa encuesta respondieron 84 de los 88 centros residenciales del territorio.

A partir de la revisión actualizada y los resultados de la encuesta, el grupo motor preseleccionó una batería de 36 indicadores —incluyendo indicadores de estructura, proceso y resultado— para su validación teórica y práctica por parte de los centros.

³ Para más información, puede visitarse el portal de Calidad de la Atención en los Servicios Sociales de Álava (<<https://www.ifbscalidad.eus/>>).

⁴ El grupo está formado por personal de la Secretaría Técnica del Instituto Foral de Bienestar Social —la jefa y dos técnicos, entre ellos, el responsable técnico de calidad—, el director de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral, y una consultora del SIIS.

El 23 de marzo de 2023 se realizó una jornada técnica, dirigida a todos los centros residenciales para personas mayores del territorio, donde se presentaron dos ponencias de expertos internacionales en la materia⁵, así como los resultados de la encuesta realizada en los centros. En esa jornada, se presentó a los centros la metodología que se utilizaría para la validación teórica y práctica de los indicadores y se les invitó a participar en el proyecto.

2.1. Fase de validación teórica

Entre mayo y julio de 2023, se trabajó con los centros en la validación teórica de los indicadores preseleccionados. Se optó por una metodología cuantitativa y cualitativa⁶, que implicaba recoger mediante cuestionario una primera valoración de la validez de los indicadores propuestos y de la viabilidad de recoger esa información en la actualidad, así como un panel Delphi modificado para profundizar en los aspectos de mejora que se podían identificar tanto en relación con la definición de los indicadores como en relación con los procesos generadores de información clínica en los centros y los procedimientos de registro y explotación de esa información. Se realizaron 3 sesiones de trabajo en mayo, junio y julio de 2023. En alguna de estas sesiones participaron 73 profesionales de 50 centros diferentes, incluidos todos los gestionados por el Instituto Foral de Bienestar Social, 3 centros municipales y 35 centros privados⁷.

Durante la primera jornada, se revisaron las características que serían deseables en un buen indicador para medir la calidad de la atención y se explicaron los criterios que se utilizarían para valorar los indicadores, así como la metodología prevista para recoger sus valoraciones y aportaciones⁸. A cada participante, se le envió un dossier (pdf electrónico) con las fichas técnicas de los 36 indicadores preseleccionados. Cada ficha incluía las definiciones de los datos necesarios para calcular el indicador, así como acceso a un breve formulario en línea en el que se solicitaba valorar los siguientes aspectos (en una escala Likert de 1 a 6):

1. Es importante/relevante. El proceso/resultado al que se refiere el indicador es importante para las personas usuarias (para su seguridad, bienestar o calidad de vida) y relevante para garantizar una atención de buena calidad.

2. Es modificable ("accionable"). El indicador se refiere a un proceso o resultado que depende en alguna medida del propio centro, de manera que el centro podría realizar acciones para mejorar su posición en el indicador (aunque el resultado no dependa totalmente del centro).
3. Es medible. Existen fuentes de información para obtener el dato para el numerador y es fácil obtenerlo.
4. Es fiable. El dato que se obtiene es fiable (se recoge de forma sistemática, utilizando medios adecuados que hacen que, si se repitiera la recogida de datos sobre la misma población, el dato obtenido sería similar, con un margen de error pequeño).

Los formularios incluían también campos abiertos para recoger las sugerencias de las personas participantes en cuanto a modificaciones que cabría introducir en la definición del indicador para incrementar su relevancia y fiabilidad, o para facilitar su obtención⁹. Los centros dispusieron de un plazo de 2 semanas para enviar sus valoraciones y aportaciones.

Cada indicador fue valorado por un mínimo de 47 y un máximo de 64 personas pertenecientes a 35 entidades¹⁰. Las valoraciones medias obtenidas se utilizaron para identificar qué indicadores serían susceptibles de ser aceptados directamente para la fase de pilotaje, cuáles necesitarían ser discutidos y revisados antes de ser pilotados, y cuáles se deberían descartar, por no ser suficientemente relevantes o accionables. Se establecieron los siguientes criterios de clasificación.

- Los indicadores con una media¹¹ igual o superior a 5 puntos en el criterio "relevancia", y una media igual o superior a 4 puntos en el resto de los criterios se consideraron susceptibles de ser aceptados directamente para la fase de pilotaje.
- Los indicadores con una puntuación media igual o inferior a 3 puntos en los criterios "relevancia" o "accionabilidad", o con medias de entre 3 y 4 puntos en ambos criterios se consideraron no suficientemente buenos para ser incluidos en la fase de pilotaje y se acordó que fueran descartados.

⁹ Se puede consultar un ejemplo del formulario utilizado a través del siguiente enlace: <https://es.surveymonkey.com/r/CRPM_1>.

¹⁰ Se utilizó la dirección IP desde la que contestaba cada persona para identificar las respuestas, lo que coincide aproximadamente con la entidad gestora de los centros (los centros gestionados por una misma entidad generalmente compartían la IP).

¹¹ A la hora de valorar los criterios "relevancia" y "accionabilidad", se consideró la puntuación media de todas las personas participantes (sin tener en cuenta la entidad a la que representaban), considerando que en el juicio sobre la pertinencia de los indicadores debe de ser personal (de cada persona experta) y que la entidad en la que trabaja la persona no tiene por qué influir en ese juicio. En cambio, para valorar los criterios "medible" y "fiable" se agruparon las respuestas por entidad, considerando

⁵ Carme Sanz, colaboradora de la Fundació Avedis Donabedian (FAD) y Vincent Mor, catedrático y director del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Brown (EE. UU.).

⁶ Basada en la metodología utilizada en la provincia canadiense de Ontario para desarrollar su panel de indicadores de calidad para los servicios de larga duración (Health Quality Ontario, 2015).

⁷ Se agradece la participación en el proyecto a los centros residenciales y, en particular, a las personas que, en cada centro, han estado involucradas en la recogida de datos.

⁸ La presentación utilizada durante esa jornada puede consultarse en <<https://prezi.com/view/IgdFseYgCbauin1LJAWe/>>.

- El resto de los indicadores tendrían que ser discutidos y revisados por el grupo antes de proceder a su pilotaje.

Los resultados de los cuestionarios de validación fueron presentados a los centros participantes durante la segunda jornada de trabajo, celebrada el 25 de junio¹². En esa sesión, las personas participantes se dividieron en grupos para discutir y consensuar propuestas de modificación para los indicadores que requerían ser revisados de acuerdo con las valoraciones recogidas. Los grupos fueron conducidos por una persona del grupo motor o un/a investigador/a del SIIS, utilizando las valoraciones, comentarios y propuestas de modificación planteadas previamente a través de los cuestionarios para ordenar y promover la discusión. Los 22 indicadores seleccionados para su revisión se repartieron entre seis grupos de discusión, con entre 6 y 8 participantes cada uno. La discusión en grupo se alargó hasta obtener un consenso en torno a las propuestas de modificación para cada indicador. Las sesiones se grabaron en audio y la persona responsable de conducir cada grupo realizó un resumen escrito de las cuestiones debatidas y las propuestas de modificación formuladas.

A partir de estos materiales, se elaboró un documento que recogía y sistematizaba los comentarios y propuestas de modificación para cada uno de los 36 indicadores inicialmente preseleccionados. Este documento se envió a los centros, convocándoles a una tercera sesión de trabajo, en la que las diferentes opciones de modificación propuestas serían sometidas a votación.

Esa tercera sesión de trabajo se celebró el 13 de julio de 2023; durante la sesión se utilizó la herramienta interactiva Mentimeter para validar las propuestas de modificación (de aquellas previamente remitidas en el documento) con mayor nivel de acuerdo. El sistema de votación se utilizó también para seleccionar los indicadores que debían ser pilotados e implantados a lo largo de 2024. Los indicadores que quedaron seleccionados durante esa sesión se recogen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Indicadores seleccionados para su pilotaje y primera implantación durante 2024
<p>CRPM01: caídas</p> <p>Proporción de residentes el día de referencia que tuvieron alguna caída en los 30 días anteriores.</p>
<p>CRPM02: caídas con lesiones de gravedad</p> <p>Proporción de residentes el día de referencia que tuvieron una caída con lesiones de gravedad en los 30 días anteriores.</p>
<p>CRPM08: úlceras por presión que empeoran</p> <p>Proporción de residentes el día de referencia que, en la última valoración de la piel, tenían úlceras en estadios 2 a 4 nuevas o que empeoraron respecto a la valoración anterior.</p>
<p>CRPM12: calidad de vida buena o excelente</p> <p>Proporción de residentes el día de referencia con una calidad de vida buena o muy buena en la última valoración.</p>
<p>CRPM15: restricciones físicas</p> <p>Proporción de personas residentes en la fecha de referencia que estuvieron sujetas por algún medio de restricción en los 30 días previos.</p>
<p>CRPM17: valoración de necesidades</p> <p>Proporción de personas residentes el día de referencia a las que les fue realizada una valoración funcional, cognitiva y de la calidad de vida en los 180 días anteriores.</p>
<p>CRPM18: control de peso</p> <p>Proporción de las personas residentes el día de referencia que fueron pesadas en los últimos 30 días.</p>
<p>CRPM22: oferta de actividades</p> <p>Oferta diaria de actividades grupales por plaza ocupada (en equivalentes de horas por persona y día).</p>
<p>CRPM32: planificación para el final de vida</p> <p>Proporción de personas residentes el día de referencia que disponen de un plan de atención individualizada en vigor donde se recogen sus preferencias respecto a los cuidados que desean recibir al final de la vida.</p>
<p>CRPM34: ratio de personal de atención directa</p> <p>Horas contratadas/trabajadas por el personal de atención directa, por persona usuaria y día.</p>

Fuente: elaboración propia.

2.2. Fase de validación práctica

El 31 de octubre de 2023 se presentó a los centros una propuesta metodológica para el pilotaje de los 10 indicadores seleccionados en julio. Se abrió un plazo para que los centros que desearan participar pudieran inscribirse.

Entre el 15 y el 22 de noviembre de 2023, se realizó una preprueba con 4 de los centros inscritos, para confirmar la claridad de las instrucciones y los enunciados de los datos solicitados. Tras realizar las modificaciones pertinentes en los materiales para la recogida de información, se inició la fase de pilotaje el día 28 de noviembre de 2023.

A cada centro inscrito se le dio acceso a un entorno web para poder grabar sus datos o para importarlos desde archivos en formato csv. A través de esta herramienta, a cada centro se le solicitaron 4 tipos de información:

que la disponibilidad y calidad de la información depende fundamentalmente de la organización y que, por lo tanto, habría que evitar otorgar mayor peso a las respuestas de aquellas entidades o centros con mayor número de participantes. En consecuencia, los criterios "medible" y "fiable" se valoraron teniendo en cuenta las puntuaciones medias por entidad (no por persona participante).

¹² La presentación utilizada en esa jornada puede verse en <<https://prezi.com/view/PixYnUSG8qu8EyKlcydH/>>.

1. Información sobre el centro. En este apartado se solicitan algunos datos agregados sobre las características del centro (titularidad, número y tipo de plazas) y la actividad desarrollada (personas usuarias, días de estancia, y altas y bajas durante el año).
2. Información sobre las personas usuarias alojadas el 15 de junio de 2023. En este apartado, se solicitan datos individuales pseudonimizados sobre la población usuaria censada el día de referencia. Los datos solicitados sobre cada persona usuaria fueron los siguientes:
 - Datos de identificación: sexo, fecha de nacimiento, fecha de ingreso y tipo de estancia.
 - Datos al ingreso: altura, peso, puntuación en el Baremo de Valoración de la Dependencia, incapacidad para cambiar de posición de tumbado a sentado en la cama y existencia de diagnóstico de incontinencia intestinal.
 - Diagnósticos y cuidados especiales en la fecha de referencia: enfermedad vascular, enfermedad arterial periférica, diabetes mellitus, pronóstico de vida inferior a seis meses, cuidados paliativos, hospitalización en los 30 días previos.
 - Valoraciones y planes de cuidados: fecha de la última valoración cognitiva y resultado obtenido; fecha de la última valoración funcional y resultado obtenido; fecha del último control de peso y resultado obtenido; fecha de elaboración del último plan de atención individualizada, inclusión de aspectos relacionados con la atención al final de la vida en ese plan.
 - Caídas: riesgo de caídas (valoración), existencia de caídas en los 30 días previos, fecha de la última caída, grado de lesión en la última caída.
 - Restricciones: aplicación de restricciones en los 30 días previos.
 - Úlceras por presión: fecha de la última valoración del estado de la piel, existencia de úlceras y estadio de la úlcera en peor estado; fecha de la última valoración del estado de la piel en el mes previo y estadio de la úlcera en peor estado.
 - Calidad de vida: fecha de la última valoración de la calidad de vida y resultado obtenido.
3. Información sobre las personas profesionales de atención directa contratadas en la semana del 12 al 18 de junio de 2023. La solicitud implicaba recoger datos individuales pseudonimizados de cada una de las profesionales contratadas en alguna de las categorías profesionales incluidas¹³. Para cada persona profesional con contrato en vigor entre esas fechas, se solicitan los siguientes datos: sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto, horas contratadas en la semana de referencia y horas trabajadas en la semana de referencia. Los datos de los centros públicos

¹³ Médico/a (cualquier especialidad), psicólogo/a, DUE, fisio-terapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador/a social, animador/a sociocultural, gerocultor/a (y titulaciones equivalentes).

de gestión directa se obtuvieron mediante una consulta al Área de Informática del Instituto Foral de Bienestar Social.

4. Información sobre las actividades grupales programadas en los 30 días previos a la fecha de referencia (entre el 16-05 y el 15-06 de 2023). Para cada día del periodo, se solicita la siguiente información: camas ocupadas, número de actividades grupales (estimulativas, rehabilitadoras, de ocio) realizadas, duración en horas y aforo total de las actividades realizadas.

La recogida de información se extendió hasta el 31 de enero de 2024.

2.3. Depuración y tratamiento de los datos

Los datos recogidos se importaron al programa SPSS (versión 20) para ser depurados y tratados. Durante la depuración de los datos sobre personas usuarias, se identificaron 42 casos (pertenecientes a 7 centros diferentes) cuya fecha de ingreso era posterior al 15 de junio de 2023. Para disponer de una foto de la situación de la población atendida en la fecha de referencia, estos casos fueron excluidos del análisis.

Por otra parte, algunos centros no cumplieron la indicación de aportar datos sobre la última valoración realizada a cada persona con anterioridad a la fecha de referencia (15 de junio de 2023) y aportaron valoraciones posteriores. En estos casos, teniendo en cuenta el volumen de datos afectados por esta incidencia, se optó por incluirlos en el análisis, refiriéndolos a la fecha en la que se recogieron los datos en cada centro (noviembre 2023-enero 2024) a efectos de considerar plazos para el cumplimiento de los indicadores (por ejemplo, al calcular las caídas en los 30 días anteriores). Esto significa que, en los resultados que se presentan, la fecha de referencia debe entenderse como aproximada.

Finalmente, los datos referidos a valoraciones del estado cognitivo y de la calidad de vida tuvieron que ser armonizados, dado que, en la actualidad, los centros utilizan diferentes escalas o instrumentos para realizar la valoración de necesidades¹⁴.

2.3.1. Valoración cognitiva

Se recogieron 1048 valoraciones realizadas con MMSE o MEC¹⁵, 112 con FAST¹⁶, 23 con GDS¹⁷,

¹⁴ Uno de los objetivos del proyecto es promover la armonización de los instrumentos utilizados para medir los diferentes aspectos valorados por los indicadores; se ha acordado crear un grupo de trabajo con algunos de los centros que participaron en el pilotaje para seleccionar las escalas a recomendar.

¹⁵ Mini-Mental State Examination (Folstein *et al.*, 1975) y su adaptación española, el Mini Examen Cognoscitivo (Lobo *et al.*, 1979).

¹⁶ Functional Assessment Staging (Reisberg, 1988).

¹⁷ Global Deterioration Scale (Reisberg *et al.*, 1988).

Cuadro 2. Equivalencia entre escalas para establecer el grado de deterioro cognitivo						
	MMSE	MEC	MOCA	SMMSE	FAST/GDS	SPMSQ
Sin deterioro	≥20 ^a	≥24	Conversión a MMSE ^c	–	1	<3 errores
Deterioro leve-moderado	11-19	15-23		–	2-4	3-7 errores
Deterioro grave	0-10	0-14 ^b		0-30	5-7	≥8 errores

^a Bargalló *et al.* (2002). ^b Sistema Nacional de Salud (2017). ^c Fasnacht *et al.* (2023).

Fuente: elaboración propia.

23 con SPMSQ¹⁸ y 12 con SMMSE¹⁹. Los datos de MEC (35 puntos) y MMSE (30 puntos) se armonizaron a partir de los coeficientes de regresión de 14 casos valorados con los dos instrumentos, mediante la ecuación MEC estimado = $-0,783 + (1,151 \times \text{MMSE})$. Los valores negativos que se obtienen en la regresión cuando MMSE = 0 se recodificaron como 0 (se forzó el intercepto a 0). Por otra parte, para recuperar 63 casos valorados con otras escalas, se establecieron las equivalencias del cuadro 2. La variable categórica resultante tiene 1111 casos válidos.

2.3.2. Calidad de vida

Se recogieron datos válidos sobre 218 personas cuya calidad de vida había sido valorada utilizando los siguientes instrumentos: GENCAT (98 casos, 45 %); FUMAT (60 casos, 27,5 %); QUALID (47 casos, 21,6 %) y QOL-AD (13 casos, 6 %). Dado que las escalas aplicadas son diferentes en cuanto al posible rango de puntuación que se obtiene mediante su aplicación, se estableció una equiparación a partir de los estudios de validación de los instrumentos²⁰. Se consideraron puntos de corte equivalentes a la media poblacional $\pm 0,5$ desviaciones estándar (percentiles 33 y 67) y media ± 1 desviación estándar (percentiles 15 y 85) para categorizar los casos en función de su calidad de vida (muy mala, mala, normal, buena y muy buena).

2.4. Imputación de valores perdidos

En el caso de algunas de las variables utilizadas para el ajuste por regresión de los indicadores (véase el apartado siguiente), dado el elevado número de valores perdidos, se optó por realizar imputaciones, puesto que los valores perdidos dan lugar a una infraestimación de los casos esperados en cada centro a partir del modelo. Se realizaron imputaciones para el índice de masa corporal (IMC) y el índice de Downton.

2.4.1. Índice de masa corporal

Tras la depuración de los datos, se disponía de información sobre altura y peso para calcular el IMC de 1161 personas. Se creó también una variable con

valores imputados para los 344 valores perdidos, sustituyéndolos por las medias de centro (en los centros con algún valor válido) y por la media para el conjunto de las personas (en los centros sin ninguna información). Esta variable imputada se utiliza (en su caso) a efectos de regresión y ajuste de otros indicadores.

2.4.2. Índice de Downton (riesgo de caídas)

Se obtuvieron datos para 23 centros (es decir, un tercio de los centros no aportaron información). Los 23 centros que aportan información ofrecen datos válidos para 1061 personas (el 29,5 % de la muestra total quedó sin información). En los centros que sí disponen de valoraciones de riesgo utilizando la escala, el porcentaje de valores perdidos oscila entre un 0 % y un 29 %, con una media del 6,8 %. Teniendo en cuenta la población valorada, la puntuación media en la escala es 5,19 puntos, (de 5,08 a 5,30 puntos, con un intervalo de confianza del 95 %).

La elevada puntuación media obtenida (a partir de 3 puntos en la escala se considera ya que existe riesgo de caída), junto con el hecho de que en la mayoría de los centros hay un número de personas sin información, hace pensar que puede existir un sesgo de selección, es decir, que la escala no se aplique de manera sistemática, sino solamente cuando existe sospecha por algún motivo. Con esta hipótesis, los casos perdidos de los centros con casos valorados se han recodificado a 0 puntos en la variable depurada. Para los centros sin ninguna información, se imputa el riesgo a partir del grado de dependencia funcional valorado con el Barthel, dado que se aprecia una correlación entre esta variable y el riesgo de caída en los casos valorados.

2.5. Ajuste de los indicadores

El ajuste tiene como objetivo incrementar la relevancia y mejorar la interpretabilidad de los indicadores en términos de calidad de la atención, controlando las diferencias que puedan existir entre los centros en cuanto a la incidencia de factores de riesgo específicos en la población residente. En el presente trabajo, se han explorado dos modalidades de ajuste, de acuerdo con lo acordado en el marco de los grupos de validación: el ajuste por exclusión, que se ha aplicado a los indicadores de proceso, fundamentalmente, y el ajuste por regresión, que se ha aplicado a determinados indicadores de resultado.

¹⁸ The Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975).

¹⁹ Severe Mini Mental State Examination (Harrell *et al.*, 2000).

²⁰ QUALID (Resnick *et al.*, 2018); QOL-AD (Miguel *et al.*, 2016); FUMAT (Verdugo, 2010) y GENCAT (Verdugo, 2009).

En el ajuste por exclusión, se excluyen determinados casos del numerador y del denominador, considerando que el proceso que mide el indicador no es aplicable en estos casos (por ejemplo, si la estancia de la persona en el centro ha sido breve, algunos indicadores de proceso no serían medibles), o bien, que el resultado al que se refiere no está mediado por la calidad de la atención que presta el centro, sino que se considera intrínseco a la situación de la persona (por ejemplo, la pérdida de peso involuntaria en situaciones de final de vida). Este tipo de ajuste se ha aplicado en los datos actuales a los siguientes indicadores: para CRPM12 (calidad de vida) y CRPM17 (valoración de necesidades), se excluye a las personas cuya estancia es inferior a 90 días; para CRPM 18 (control de peso), se excluye a las personas cuya estancia es inferior a 30 días.

En el caso del ajuste por regresión, considerando que se conocen los factores que incrementan el riesgo de aparición de un suceso (caídas, úlceras), se trata de estimar el efecto de cada uno de estos factores mediante modelos de regresión y de calcular el número de casos que serían esperables en cada centro teniendo en cuenta la composición de la población residente en relación con esos factores. El ajuste se realiza siguiendo los siguientes pasos, de acuerdo con la metodología propuesta por Katherine Berg y colaboradores (Berg *et al.*, 2002):

1. Se estima la respuesta (suceso a medir) a partir de los factores de riesgo establecidos para cada indicador²¹. Dado que, en nuestro caso, las variables respuesta son dicotómicas, se utilizan modelos de regresión logística para calcular la probabilidad de cada persona en función de los factores de riesgo que presenta. Las probabilidades predichas por el modelo para cada persona se guardan en una variable. La suma por centros de estas probabilidades equivale al número de casos que se esperaría en cada centro.
2. Se calcula el "rendimiento" del centro respecto al esperado, poniendo en relación el número de casos observado y esperado en cada centro, de manera que se obtiene un valor superior a 1 cuando el centro ha tenido más "sucesos" de los que cabría esperar dadas las características relevantes de su población usuaria, un valor inferior a 1 cuando ha tenido menos casos de los esperados, y un valor 1 cuando ha tenido exactamente el número de casos que cabría esperar dadas las características de su población residente.
3. El indicador ajustado se obtiene partiendo del valor medio del indicador para todos los centros²² y multiplicando este valor por el rendimiento de cada centro, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa ajustada}_{\text{centro } i} = (\text{tasa observada}_{\text{centro } i} / \text{tasa esperada}_{\text{centro } i}) \times \text{tasa media}_{\{\text{centro } i \dots n\}}$$

Es decir, lo que se asume es que, si no hubiera diferencias en la calidad de la atención, todos los centros obtendrían un resultado medio. Partiendo de esta media, en aquellos centros con un rendimiento mejor del esperado el indicador se ve reducido proporcionalmente²³ mientras que, en los centros con un rendimiento peor del esperado, el indicador se ve incrementado.

Es importante tener en cuenta que, mientras que los indicadores ajustados por exclusión mantienen la relación con el indicador original (simplemente se excluyen los casos no procedentes, por así decirlo), el ajuste por regresión utilizando este método da lugar a un indicador que no tiene una relación directa con el original (puesto que parte de la situación media, no refleja la posición inicial real del centro), sino que es útil únicamente en términos comparativos, para comparar los resultados entre centros. El indicador ajustado pretende simplemente reflejar si un centro ha tenido un resultado mejor o peor del esperado, según sus características, es decir, refleja la "diferencia" respecto al rendimiento medio, no el valor "real" del indicador. En ese sentido, el indicador ajustado debe considerarse siempre en relación con el valor medio para el conjunto de los centros, no con el valor inicial del indicador.

Se ha utilizado el ajuste por regresión para los indicadores de prevalencia de caídas y de úlceras por presión.

3. Resultados

3.1. Características de la muestra

Treinta y tres centros participaron en el pilotaje, es decir, el 37,5 % de los centros alaveses. Las características de los centros participantes pueden verse en la Tabla 1. La gran mayoría (29 de los 33) se definen como residencias; dos centros se identifican como viviendas comunitarias y otros dos señalan que se trata de otro tipo de equipamiento para personas mayores. Por lo que se refiere a la titularidad de los centros, 12 (36,4 %) son públicos y solamente 3 (9,1 %) pertenecen a entidades sin ánimo de lucro. Los restantes 18 centros son de titularidad privada mercantil. Por otra parte, 6 de los 21 centros de titularidad privada (28,6 %) indican que conciertan plazas con la Administración, mientras que 15 señalan que no tienen plazas concertadas. Respecto a otras características de las plazas, 6 centros (18,2 % de los participantes) indican que cuentan con plazas para personas mayores autónomas, 11 centros (un tercio de los participantes) tienen plazas psicogeríatras y 3 (9,1 %) indican que disponen de plazas específicas

²¹ Las variables de ajuste a tener en cuenta se acordaron, para cada indicador, durante el proceso de validación teórica.

²² Esto equivale a asumir que, si no hubiera diferencias la calidad de la atención, todos obtendrían un resultado medio.

²³ Por ejemplo, en un centro donde un 35 % menos casos de los que predice el modelo, el indicador se verá reducido en la misma medida (respecto al valor medio inicial).

para personas que requieren cuidados paliativos o de convalecencia. Un centro no aporta esta información. Finalmente, cabe destacar también que 11 de los 33 centros participantes (un tercio, por tanto) se definen como centros libres de restricciones.

Los 33 centros participantes aportaron información individual sobre 1505 personas que eran residentes el día 15 de junio de 2023, es decir, el 97,1% de las que estaban alojadas ese día de acuerdo con la información agregada aportada por cada centro. Las características de la muestra de personas obtenida pueden consultarse en la tabla 2.

Tabla 1. Características de los centros

	n (%)
Residencia	29 (87,9)
Vivienda comunitaria	2 (6,1)
Otro tipo	2 (6,1)
Titularidad pública	12 (36,4)
Titularidad privada sin fin de lucro	3 (9,1)
Titularidad privada mercantil	18 (54,5)
Concierta plazas (sí)	6 (18,2)
Plazas para personas autónomas (sí)	6 (18,2)
Plazas psicogerítricas (sí)	11 (33,3)
Plazas para cuidados paliativos/convalecencia (sí)	3 (9,1)
Centro libre de restricciones (sí)	11 (33,3)
Total	33 (100,0)

Fuente: elaboración propia.

El 71,4% de la muestra son mujeres. La edad media es 85,9 ($\pm 8,4$) años, 82,7 años para los hombres y 87,2 años las mujeres. Teniendo en cuenta la información aportada por el índice de Barthel (1336 casos válidos), el 40% de las personas valoradas tienen una dependencia total y un 32,9% adicional una dependencia severa. Además, el 39,5% tenía incapacidad para cambiar de posición de tumbado a sentado en el momento del ingreso en el centro y un 28,4% incontinencia fecal. En cambio, las personas autónomas y con una dependencia ligera representan apenas un 6% de la población atendida. Por otro lado, prácticamente siete de cada diez residentes tienen algún deterioro cognitivo —el 32,6% un deterioro grave—, el 32,8% tiene una enfermedad vascular, el 25% diabetes mellitus diagnosticada y un 11,2% enfermedad arterial periférica. Finalmente, se sabe que un 3,1% ha tenido un ingreso hospitalario en los 30 días anteriores a la fecha de referencia.

Tabla 2. Características de la muestra de personas residentes a 15-06-2023

Sexo, n (%)	Hombre	429 (28,5)
	Mujer	1074 (71,4)
	Sin información	2 (0,1)
Edad, media (DE)	Total	85,9 (8,4)
	Hombres	82,7 (9,2)
	Mujeres	87,2 (7,6)
Índice de masa corporal, n (%)	Bajo (<18,5)	87 (5,8)
	Muy alto (≥ 30)	523 (34,8)
	Sin información	344 (22,9)
Estado funcional, n (%)	Independiente	23 (1,5)
	Dependencia ligera (Barthel 100-99)	55 (3,7)
	Dependencia moderada	285 (18,9)
	Dependencia severa	439 (29,2)
	Dependencia total	534 (35,5)
Estado cognitivo, n (%)	Sin deterioro cognitivo (MEC ≥ 24 o equivalente)	169 (11,2)
	Sin deterioro cognitivo (MEC ≥ 24 o equivalente)	350 (23,3)
	Deterioro cognitivo leve-moderado (MEC 15-23 o equivalente)	271 (18,0)
	Deterioro cognitivo grave (MEC ≤ 14 o equivalente)	490 (32,6)
Pronóstico de vida inferior a 6 meses, n (%)	Sin información	394 (26,2)
	Sin deterioro cognitivo (MEC ≥ 24 o equivalente)	36 (2,4)
	Deterioro cognitivo leve-moderado (MEC 15-23 o equivalente)	594 (39,5)
	Deterioro cognitivo grave (MEC ≤ 14 o equivalente)	427 (28,4)
Incontinencia fecal en el ingreso, n (%)		493 (32,8)
Enfermedad vascular, n (%)		169 (11,2)
Enfermedad arterial periférica, n (%)		377 (25,0)
Diabetes mellitus, n (%)		47 (3,1)
Ingreso hospitalario en los 30 días anteriores, n (%)		

*Se refiere a personas con incapacidad o dificultad para cambiar de posición de tumbado a sentado en la cama en el momento del ingreso en el centro.

Fuente: elaboración propia.

Treinta y dos de los 33 centros participantes aportaron asimismo información sobre 1484 profesionales —1325 (89,3%) mujeres y 159 hombres— que estuvieron contratado/as como profesionales de atención directa durante la semana del 12 al 18 de junio de 2023²⁴. El 76,1% de las y los profesionales pertenecen a la categoría de personal cuidador (77,1% entre las mujeres) y el 11,2% a personal de enfermería (13,2% entre los hombres). El equipo técnico representa un 12,7% del personal contratado, concretamente un 18,9% en el caso del personal masculino y un 12% en el caso del personal femenino.

Tabla 3. Características de la muestra de profesionales de atención directa contratadas en la semana del 15-06-2023*

		n (%)	Antigüedad, media (DE)
Sexo	Hombre	159 (10,7)	7,0 (9,5)
	Mujer	1325 (89,3)	8,8 (9,5)
Categoría profesional	Médico/a	60 (4,0)*	6,9 (6,9)
	Enfermero/a	166 (11,2)	10,9 (11,2)
	Fisioterapeuta	31 (2,1)	6,0 (9,1)
	Psicólogo/a	23 (1,5)	9,2 (12,9)
	Trabajador/a social	33 (2,2)	6,1 (7,1)
	Terapeuta ocupacional	27 (1,8)	3,9 (5,9)
	Integrador/a-animador/a	13 (0,9)	2,7 (3,8)
	Cuidador/a	1129 (76,1)	8,6 (9,4)
	Otros/desconocido	2 (0,1)	—
	Total	1484 (100,0%)	8,6 (9,5)

* Véase la nota 24.

Fuente: elaboración propia.

Durante la semana de referencia, se contrataron un total de 40 256,5 horas de trabajo (incluyendo las de las y los profesionales que se encontraban con contrato en vigor, pero ausentes por vacaciones, permisos o incapacidad temporal), es decir, el equivalente a 1150,2 trabajadores/as a dedicación completa (de 35 horas semanales). Las 40 256,5 horas contratadas dan lugar a 35 860,1 horas de trabajo real una vez descontadas las ausencias por calendario (rotaciones por turnos y vacaciones) y situaciones de incapacidad temporal. Esto implica que, de media, es necesario contratar 1,12 horas para obtener una hora efectiva de trabajo. Cuando se excluye al personal cuidador, que trabaja con mayor frecuencia en turnos atípicos (nocturnos, festivos), la razón entre horas contratadas y trabajadas se reduce a 1,03.

²⁴ No se trata de personas diferentes, puesto que 4 médicos/as forman parte de las plantillas de 8 centros públicos del Instituto Foral de Bienestar Social, y esas 4 personas quedan reflejadas en los datos como 32 profesionales (4 en cada centro).

Tabla 4. Horas contratadas y trabajadas por el personal de atención directa en la semana del 15-06-2023

	(1) Horas contratadas	(2) Horas trabajadas	(1) / (2)
Médico/a	722,3	689,5	1,05
Enfermero/a	3815,3	3754,7	1,02
Fisioterapeuta	567,2	516,4	1,10
Psicólogo/a	430,4	434,7	0,99
Trabajador/a social	700,9	685,8	1,02
Terapeuta ocupacional	531,5	493,9	1,08
Integrador/a-animador/a	273,6	262,0	1,04
Cuidador/a	33171,5	28974,0	1,14
Otros/desconocido	43,8	49,1	0,89
Total	40256,5	35860,1	1,12

Fuente: elaboración propia.

3.2. Resultados de los indicadores

La tabla 5 resume los estadísticos descriptivos de los indicadores de calidad seleccionados para su validación, agregados a nivel de centro. Un primer resultado que destacar es que se dispone de información sobre buena parte de la muestra para la mayoría de los indicadores. La excepción más notable es el indicador sobre la valoración de la calidad de vida, que tiene únicamente un 14% de casos válidos; para el resto de los indicadores, el porcentaje se sitúa entre un 71% (úlceras que empeoran) y un 97,9% (caídas)²⁵.

Por otra parte, cabe resaltar que los valores extremos son bastante frecuentes en todos los indicadores, que el valor mínimo es cero en varios indicadores y que el valor de la desviación estándar es muy amplio en relación con la media en la mayoría de los casos, lo que indica que hay mucha dispersión en los datos.

Indicador por indicador, la tasa de caídas en los 30 días previos a la fecha de referencia oscila entre un 0% (8 centros no tienen ninguna caída) y un 20,8%. De media, un 8,2% de las personas residentes han tenido alguna caída en el periodo considerado (desviación estándar = 6,8%).

El indicador sobre caídas con lesiones de gravedad es nulo en prácticamente todos los centros (18 de 33), lo cual indica que las caídas con este tipo de lesiones son un suceso infrecuente. En los centros que sí tuvieron alguna caída con lesiones de este tipo, la proporción sobre los que registraron alguna caída fue del 2,2% de media, con una desviación estándar de ±3,4%. El centro con el valor más alto registra una

²⁵ El indicador de caídas con lesiones (CRPM02) se calcula sobre las personas con alguna caída en los últimos 30 días, por lo que el porcentaje válido indicado no se refiere al total de la muestra, como en el caso del indicador de caídas (CRPM01). En el caso de los indicadores de personal y actividades, los porcentajes válidos se refieren a los/as trabajadores/as y días con información, respectivamente.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los indicadores seleccionados agregados por centro (N = 33 centros)

	N.º de centros con información	N.º de centros con valor cero (0)	Datos de centros					
			% válido	Media	Desv. est.	Mediana	Mínimo	Máximo
CRPM01: caídas	33	8	97,9	8,20	6,80	5,71	0,00	20,80
CRPM02: caídas con lesiones de gravedad	33	18	99,8*	2,20	3,40	0,00	0,00	12,50
CRPM08: úlceras que empeoran	29	17	71,4	1,80	1,80	0,00	0,00	5,60
CRPM_COMP01: 1 a 4	33	6	87,8	11,90	9,90	7,29	0,00	46,20
CRPM_COMP02: 2 a 4	33	18	87,3	6,80	5,40	4,35	0,00	16,70
CRPM12: calidad de vida	9	1	14,4	52,80	33,20	46,67	0,00	87,50
CRPM15: restricciones físicas	33	8	96,9	31,10	22,90	19,57	0,00	83,30
CRPM17: valoración de necesidades	33	25	14,4	9,00	25,60	0,00	0,00	100,00
CRPM18: control de peso	32	6	94,3	46,60	37,70	42,39	0,00	100,00
CRPM22: oferta de actividades	30	0	85,8**	6,40	4,40	2,79	0,83	21,90
CRPM32: planificación para el final de vida	33	24	89,8	10,40	31,80	0,00	0,00	100,00
CRPM34_1: ratio de personal de atención directa (horas contratadas)	32	N. P.	99,8***	3,82	0,68	3,65	2,42	4,95
CRPM34_2: ratio de personal de atención directa (horas trabajadas)	32	N. P.	99,7***	3,40	0,77	3,19	2,09	4,79

* Respecto a las que tienen información sobre caídas. ** Respecto al total de días del periodo. *** Respecto al personal censado en la semana de referencia. N. P.: no procede.

Fuente: elaboración propia.

proporción del 12,5 % de las personas que tuvieron una caída en los 30 días del periodo considerado.

También el indicador de úlceras por presión que empeoran muestra una prevalencia muy baja en los centros (1,8 % de la población residente en el día de referencia). Diecisiete centros indican que no tienen ninguna persona en esa situación; en el extremo opuesto, el porcentaje máximo que se obtiene es del 5,6 %. Se trata, probablemente, del indicador más exigente en cuanto a los datos que es preciso recoger (requiere datos válidos para dos fechas, lo que limita el número de casos con información válida al 70 %). Dada la reducida prevalencia de este indicador, se calculan también dos indicadores complementarios. La proporción de residentes con úlceras en estadios 1 a 4 en la última valoración es del 11,9 % de media, con un rango que oscila entre el 0 % y el 46,2 % de la población con el estado de la piel valorado. El valor típico oscila entre el 2 % y el 21 %. Si se consideran las úlceras en estadios 2 a 4 únicamente, la prevalencia es del 6,8 % \pm 5,4 %. Dieciocho centros indican que no tienen ninguna persona con úlceras en este estadio, frente a 6 centros en el caso del indicador de úlceras en estadio 1, lo que puede considerarse un buen resultado.

El indicador sobre personas con una calidad de vida buena o excelente en la última valoración está disponible solamente para 9 centros y un 14 % de la muestra de personas usuarias. La proporción de la población residente que se valora en cada centro también presenta grandes variaciones. Teniendo en cuenta esta escasa implantación, y que, además,

los resultados se refieren a la aplicación de escalas diferentes en cada centro (véase el apartado de metodología), es importante valorar los resultados con precaución.

Para el indicador sobre restricciones físicas, se dispone de información para todos los centros y una amplia proporción de la muestra de personas (96,9 %). Ocho centros indican que no aplican restricciones de ningún tipo a ninguna persona residente en el periodo considerado. Se obtiene una proporción media del 31 % de las personas residentes con alguna restricción en los 30 días referidos, y un máximo del 83 %.

Tal y como se definió el indicador sobre valoración de necesidades en el marco del proceso de validación teórica, la valoración de necesidades incluye, como uno de sus aspectos, la valoración de la calidad de vida, que actualmente está muy poco extendida, lo que limita los resultados al 14 % de la muestra a la que se le han valorado los tres aspectos considerados (funcional, cognitivo y de calidad de vida). Por término medio, la proporción de la población atendida a la que se le han valorado los tres aspectos en los seis meses anteriores a la fecha de referencia es del 6 %.

El indicador sobre control de peso está disponible para 32 centros y en 6 de ellos no han pesado a ninguna de las personas residentes en los 30 días referidos. Por término medio, el 46 % de la población residente ha sido pesada, con una variabilidad importante entre los centros (desviación estándar = 42,4 %).

El indicador sobre oferta de actividades nos indica que, de media, se ofrecen el equivalente a 6,3 horas de actividades diarias por persona (teniendo en cuenta el aforo de cada actividad y su duración). La desviación estándar es también amplia, de $\pm 4,4$ horas, lo que indica una dispersión importante de los datos a nivel de centro.

Por lo que respecta a la ratio de personal de atención directa, se han recogido dos indicadores diferentes, uno calculado sobre las horas de trabajo contratadas y otro calculado sobre las horas trabajadas²⁶. El valor de este último indicador en los centros oscila entre un mínimo de 2,09 horas por persona residente y día y un máximo de 4,79 horas por persona residente y día. La media para los 32 centros que aportan información es 3,4 horas por persona residente y día, situándose los valores típicos entre 2,63 y 4,17 horas por residente y día.

3.3. Resultados por características de las personas

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra por características personales, en función de si tuvieron caídas en los 30 días previos a la fecha de referencia, si tenían úlceras por presión en diferentes estadios en esa fecha y si fueron sometidas a restricciones físicas en los 30 días previos (el grado de significación de los contrastes por grupos se muestra en la tabla 7).

Las personas que tuvieron caídas en los últimos 30 días tienen un IMC medio más bajo (24,3, frente a 25,3 entre quienes no tuvieron caídas), llevaban menos tiempo residiendo en el centro (29,2 meses, frente a 38,2 para quienes no se cayeron) y presentaban un riesgo de caída algo mayor en la última valoración (con un nivel de confianza del 90%). No se aprecian diferencias significativas para el resto de las variables analizadas.

Las personas con úlceras en estadios 1 a 4 en la última valoración son de mayor edad (87,6 años de media), presentan un riesgo de caída mayor en su última valoración (índice Downton = 5,6), son más dependientes (el 80,9% tiene dependencia total o severa y el 54,8% dificultad para cambios de posición en la cama en el momento del ingreso en el centro), tienen deterioro cognitivo grave con mayor frecuencia (42,7%) y presentan asimismo con mayor frecuencia todos los diagnósticos recogidos (incontinencia fecal

el 47,8%, enfermedad vascular o arterial periférica el 46,5% y diabetes mellitus el 32,5%). Por otra parte, el 5,7% de las personas con úlceras en estadio 1 a 4 fueron hospitalizadas en los 30 días anteriores a la fecha de referencia, frente al 2,7% de quienes no tenían úlceras.²⁷ Finalmente, a una mayor proporción de las personas con úlceras por presión les fueron aplicadas restricciones físicas recientemente, en comparación con quienes no tienen este tipo de lesión (40,8% y 26,5%, respectivamente).

Las características de las personas con úlceras en estadios 2 a 4 son similares a las que se acaban de describir: se aprecian diferencias significativas entre los grupos (con y sin úlceras de este grado) para la mayoría de las características personales (la edad, la dependencia y el deterioro cognitivo grave, la dificultad para cambios posturales en la cama, la incontinencia fecal y la diabetes). También se constata que la proporción de quienes han estado sujetas a restricciones en los últimos 30 días es superior entre quienes tienen úlceras por presión. En cambio, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas con enfermedad vascular o arterial periférica, el IMC medio, los meses de estancia en el centro, o la proporción que ha tenido un ingreso hospitalario reciente.

3.4. Factores de riesgo y ajuste de las variables

El efecto de las características personales en el riesgo de caídas, de úlceras por presión y del uso de restricciones se valoró mediante técnicas de regresión logística multinivel, para tener en cuenta el efecto de agrupamiento de los datos²⁸. Los resultados de los análisis bivariados (cada pareja de variable dependiente e independiente por separado) se recogen en la tabla 8. La razón de probabilidades (*odds ratio*) de haberse caído en los 30 días previos es mayor para las personas con un índice Downton más elevado (cada punto de incremento sobre el valor de cero incrementa el riesgo de caída un 13,8%, sin tener el efecto de otras variables). El IMC tiene el efecto contrario, de manera que a mayor IMC menor riesgo, aunque el resultado es marginalmente significativo. Finalmente, las personas que fueron hospitalizadas en los 30 días anteriores a la fecha de referencia también tienen una mayor razón de probabilidades de haberse caído, con respecto a quienes no fueron hospitalizadas (2,5 veces mayor).

²⁶ En el marco de los sistemas de indicadores de calidad estadounidense, australiano y suizo, se ha optado por calcular los indicadores de personal a partir de las nóminas de las y los trabajadores, considerando que se trata de la fuente de información más precisa, por lo que las ratios de personal suelen referirse a horas contratadas. En este trabajo, se han querido recoger también las horas trabajadas, con el objetivo de aproximar la presencia real de personal en los centros en la medida de lo posible. Con todo, se trata un resultado aproximado, puesto que no ha sido posible excluir todas las ausencias de los datos recogidos (sí las ausencias por enfermedad, vacaciones o calendario, pero no las horas puntuales por malestar o por asuntos propios, por ejemplo).

²⁷ El nivel de significación de este resultado es incierto, por el reducido número de casos esperados para algunas categorías.

²⁸ Siendo una técnica exigente en cuanto al número de casos necesarios para realizar la estimación, se optó por utilizarla, teniendo en cuenta que la varianza de nivel de centro resultaba significativa y que, por lo tanto, tener en cuenta la estructura jerárquica podría mejorar la estimación de los coeficientes de regresión de los efectos fijos y lograr así una predicción más precisa del número de casos esperado en cada centro, en el cual se basa el ajuste de los indicadores (Arling *et al.*, 2007; Jones *et al.*, 2010). La mejor capacidad predictiva de los modelos en dos niveles (personas agrupadas en centros) se comprobó mediante curvas COR.

Tabla 6. Diferencias en las características personales, en función de la existencia de caídas, úlceras por presión y restricciones

	Caídas (30 días)		Úlceras estadio 1 a 4		Úlceras estadio 2 a 4		Restricciones (30 días)	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Hombre	388 (28,7%)	32 (26,4%)	338 (29%)	41 (26,1%)	356 (29,1%)	21 (23,3%)	324 (32,2%)	93 (20,5%)
Mujer	965 (71,3%)	89 (73,6%)	826 (71%)	116 (73,9%)	868 (70,9%)	69 (76,7%)	681 (67,8%)	361 (79,5%)
Edad (media, (DE))	85,9 (8,5)	85,6 (7,5)	85,6 (8,5)	87,6 (7,9)	85,8 (8,5)	87,8 (7,7)	85,6 (8,5)	86,8 (7,9)
IMC (media, (DE))	25,3 (4,9)	24,3 (3,7)	25,4 (4,8)	25,1 (4,9)	25,3 (4,8)	25, (4,8)	25,5 (4,9)	24,6 (4,5)
Meses estancia (media, (DE))	38,2 (43,0)	29,2 (43,4)	36,3 (42,2)	42,7 (45,9)	36,4 (41,2)	41,5 (51,5)	36,7 (44,2)	40, (41,6)
Riesgo de caída (Downton)	4,9 (1,8)	5,3 (1,4)	4,9 (1,8)	5,4 (1,8)	4,9 (1,8)	5,6 (1,7)	4,7 (1,9)	5,4 (1,6)
Dependencia severa o total	945 (69,8%)	88 (72,7%)	781 (67,1%)	127 (80,9%)	823 (67,2%)	74 (82,2%)	632 (62,9%)	391 (86,1%)
Deterioro cognitivo grave	439 (32,4%)	45 (37,2%)	351 (30,2%)	67 (42,7%)	386 (31,5%)	39 (43,3%)	291 (29,0%)	172 (37,9%)
Dificultad cambios de posición en cama	544 (40,2%)	49 (40,5%)	398 (34,2%)	86 (54,8%)	436 (35,6%)	50 (55,6%)	315 (31,3%)	259 (57,0%)
Incontinencia fecal al ingreso	387 (28,6%)	35 (28,9%)	304 (26,1%)	75 (47,8%)	333 (27,2%)	44 (48,9%)	234 (23,3%)	188 (41,4%)
Enfermedad vascular o arterial periférica	492 (36,4%)	42 (34,7%)	393 (33,8%)	73 (46,5%)	421 (34,4%)	37 (41,1%)	364 (36,2%)	171 (37,7%)
Diabetes mellitus	338 (25,0%)	34 (28,1%)	280 (24,1%)	51 (32,5%)	295 (24,1%)	35 (38,9%)	256 (25,5%)	112 (24,7%)
Ingreso hospitalario últ. 30 días	36 (2,7%)	9 (7,4%)	32 (2,7%)	9 (5,7%)	37 (3,0%)	4 (4,4%)	29 (2,9%)	13 (2,9%)
Restricciones últ. 30 días	414 (30,6%)	40 (33,1%)	309 (26,5%)	64 (40,8%)	336 (27,5%)	37 (41,1%)	0 (0,0%)	454 (100,0%)
Caídas últ. 30 días	0 (0%)	0 (0%)	94 (8,1%)	9 (5,7%)	99 (8,1%)	6 (6,7%)	73 (7,3%)	40 (8,8%)

IMC: índice de masa corporal.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Grado de significación de las diferencias en las características personales por grupos (χ^2)

	Caídas (30 días)	Úlceras estadio 1 a 4	Úlceras estadio 2 a 4	Restricciones (30 días)
Sexo	0,602	0,447	0,244	0,000***
Edad media ^a	0,470	0,005***	0,022**	0,014**
IMC medio ^a	0,020**	0,911	0,935	0,005***
Meses estancia (media) ^a	0,001***	0,082*	0,722	0,005***
Riesgo de caída (Downton, media) ^a	0,051*	0,000***	0,001***	0,000***
Dependencia severa o total	0,475	0,000***	0,000***	0,000***
Deterioro cognitivo grave	0,474	0,000***	0,000***	0,000***
Dificultad cambios de posición en cama	0,600	0,000***	0,000***	0,000***
Incontinencia fecal al ingreso	0,948	0,000***	0,000***	0,000***
Enfermedad vascular o arterial periférica	0,650	0,002***	0,230	0,993
Diabetes mellitus	0,533	0,029**	0,002***	0,552
Ingreso hospitalario últ. 30 días	0,004*** ^b	0,043*** ^b	0,429 ^b	0,924
Restricciones últ. 30 días	0,354	0,000***	0,004***	—
Caídas últ. 30 días	—	0,314	0,606	0,354

^a Prueba U de Mann-Whitney. ^b Más del 20% de las celdas de esta subtabla tienen recuentos esperados inferiores a 5. Los resultados de χ^2 pueden no ser válidos. IMC: índice de masa corporal.* $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Resultados de regresión logística multinivel (*odds ratio*) para los indicadores sobre caídas, úlceras por presión y restricciones (modelos bivariados)

	Caídas	Úlceras en estadio 1 a 4	Úlceras en estadio 2 a 4	Restricciones
Mujer	1,092(0,711-1,678)	1,141 (0,773-1,685)	1,357 (0,815-2,260)	1,801 (1,326-2,448)***
Edad ^a	0,996 (0,973-1,018)	1,038 (1,015-1,062)***	1,035 (1,005-1,065)**	1,014 (0,998-1,031)*
IMC ^a	0,961 (0,920-1,004)*	0,982 (0,945-1,019)	0,977 (0,930-1,026)	0,960 (0,932-0,989)***
Dependencia grave o total	1,350 (0,855-2,132)	2,855 (1,691-4,822)	2,864 (1,476-5,558)***	4,319 (2,956-6,310)***
Deterioro cognitivo grave	1,109 (0,712-1,727)	2,728 (1,704-4,369)***	2,143 (1,272-3,610)***	3,180 (2,254-4,487)***
Riesgo de caída (Downton)	1,138 (1,006-1,288)**	0,149 (1,035-1,275)***	1,202 (1,053-1,372)***	1,241 (1,136-1,356)***
Cambios de posición en cama	0,836 (0,542-1,292)	2,411 (1,645-3,535)***	2,236 (1,397-3,579)***	2,480 (1,836-3,350)***
Incontinencia fecal	0,973 (0,616-1,357)	2,896 (1,977-4,242)***	2,702 (1,687-4,327)***	3,985 (2,851-5,571)***
Enfermedad vascular o arterial periférica	0,942 (0,617-1,436)	1,509 (1,033-2,206)**	1,177 (0,735-1,887)	0,991 (0,737-1,333)
Diabetes mellitus	1,185 (0,775-1,811)	1,645 (1,128-2,397)**	1,984 (1,258-3,130)***	1,041 (0,768-1,410)
Hospitalización (30 días)	2,534 (1,158-5,543)**	2,148 (0,957-4,821)*	1,595 (0,543-4,686)	0,981 (0,450-2,138)
Restricciones (30 días)	1,244 (0,794-1,948)	1,606 (1,076-2,396)**	1,745 (1,077-2,827)**	—
Caídas (30 días)	—	0,722 (0,350-1,491)	0,845 (0,355-2,010)	1,259 (0,784 - 2,023)
Ratio personal (horas contratadas) ^a	1,132 (0,681-1,882)	1,754 (1,099-2,799)**	1,540 (0,956-2,481)*	0,991 (0,395-2,490)
Ratio personal (horas trabajadas) ^a	0,864 (0,570-1,310)	1,383 (0,919-2,082)	1,494 (1,006-2,217)**	0,959 (0,428-2,148)
Var _{centro}	0,454**	0,525**	0,351*	2,578***

^a Variables centradas en la media. IMC: índice de masa corporal.

* $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Resultados de regresión logística multinivel (*odds ratio*) para los indicadores sobre caídas, úlceras por presión y restricciones (modelos multivariantes)

	Caídas	Úlceras 2 a 4	Restricciones
Intercepto	0,036 (0,017-0,076)***	0,015 (0,006-0,039)***	0,028 (0,004-0,214)***
IMC ^a	0,957 (0,916-1,000)*	—	—
Riesgo de caída (Downton)	1,162 (1,023-1,321)**	—	—
Hospitalización 30 días	2,607 (1,183-5,745)**	—	—
Dependencia severa o total	—	3,458 (1,359-8,798)***	2,274 (1,431-3,615)***
Deterioro cognitivo severo	—	—	2,070-(1,401-3,057)***
Incontinencia fecal	—	1,848 (1,145-2,982)***	—
Diabetes	—	1,871(1,192-2,938)***	—
Restricciones	—	3,929 (0,864-17,871)*	—
[Restricciones]*[dependencia severa o total]	—	0,27 (0,062-1,182)*	—
Ratio de personal (horas trabajadas) ^a	—	1,227 (0,809-1,589)	—
Var _{centro}	0,397**	0,351	2131***

IMC: índice de masa corporal. ^a Variables centradas en la media.

* $p < 0,1$. ** $p < 0,05$. *** $p < 0,01$.

Fuente: elaboración propia.

En el caso de las úlceras por presión, los modelos bivariados obtienen resultados significativos para la mayoría de las características personales, salvo el género y el IMC. La enfermedad vascular o arterial periférica aumenta el riesgo de úlceras en estadio 1, pero no resulta significativa cuando se consideran las de estadio 2 a 4. Las variables que más incrementan el riesgo son la dependencia grave o total (*odds ratio* de 2,86 para las úlceras en estadio 2 o mayor) y la incontinencia fecal en el momento del ingreso en el

centro (*odds ratio* = 2,7). Por lo que se refiere a las características y prácticas del centro, cabe destacar que las restricciones físicas incrementan el riesgo de úlceras en modelos bivariados (de manera que las personas que han sido contenidas físicamente en los 30 días previos a la fecha de referencia tienen, de media, un 60 %-70 % más de riesgo que quienes no fueron restringidas). Por otra parte, se obtiene una asociación inversa significativa entre la ratio de personal y las variables de úlceras, de manera que el

riesgo de úlcera es mayor en los centros con mayor ratio de personal. Hay que tener en cuenta que los modelos bivariados no controlan el efecto de los factores de riesgo, por lo que la asociación podría explicarse por la existencia de un perfil de residente de mayor riesgo en los centros con mayor ratio de personal. También podría explicarse por una mayor capacidad de detección y registro en esos centros.

Para tratar de aclarar estas cuestiones, las variables con efectos significativos se introdujeron en modelos multivariantes. Los resultados de estos modelos se recogen en la tabla 9. El riesgo de caída se mantiene fuertemente relacionado con el riesgo de hospitalización (*odds ratio* = 2,6) y el efecto de un punto de incremento en la escala Downton sobre el riesgo de caída se estima en un 16% en el modelo multivariante final. Se confirma un efecto independiente de la dependencia grave y del deterioro cognitivo severo en el riesgo de restricciones (duplican el riesgo, aproximadamente) y el efecto de las restricciones sobre el indicador de úlceras por presión se vuelve menos significativo cuando se controlan el nivel de dependencia y la existencia de incontinencia fecal o diabetes, aunque los resultados son inciertos debido a que se pierden numerosos casos en el análisis (de ahí la amplitud de los intervalos de confianza obtenidos).

4. Discusión

El principal objetivo del proyecto cuyos resultados se recogen en este artículo ha sido comprobar la viabilidad de recoger la información necesaria para calcular una serie de indicadores sobre la calidad de la atención en los centros residenciales para personas mayores del territorio histórico de Álava y validarlos para su implantación próxima.

En relación con este objetivo, si bien los datos recogidos adolecen de una serie de limitaciones que es preciso ir corrigiendo en futuras recogidas de información, se puede afirmar que el proyecto marca un hito en el ámbito de la investigación de servicios sociales en Euskadi, al haber demostrado que es viable recoger datos individuales de las personas usuarias sobre un buen número de características personales para las que es poco frecuente hallar información, así como sobre algunos aspectos relacionados con la atención que se les presta en los centros y los resultados de esos cuidados. Al margen de la valoración que hagan los centros de la utilidad de los indicadores para mejorar su propia práctica asistencial, es indudable que, a nivel de sistema, y desde la perspectiva de la gestión y la investigación, la información aportada es tremendamente valiosa²⁹. Por una parte, nos ofrece una foto bastante detallada de la población atendida en los centros residenciales para personas mayores, lo que constituye una

novedad. Además, al aportar datos individuales, permite explorar relaciones entre variables que serían inobservables si se hubieran recogido, como suele ser habitual, datos agregados por centro³⁰. Todo ello otorga un valor indudable a este proyecto.

Respecto al indicador de caídas, la tasa de residentes con alguna caída en los últimos 30 días —8,2% para el conjunto de la muestra con datos válidos ($n = 1474$) y 7,6% para los hombres— es algo más baja que la que se recoge en otros estudios. Así, por ejemplo, en un estudio nacional llevado a cabo en los Estados Unidos en 2004 con una muestra de 1174 centros residenciales y 13507 residentes (National Center for Health Statistics, 2009) se obtenía una proporción del 14,4% para un periodo de 30 días (8,9% considerando solamente caídas nuevas). Una investigación más reciente a partir de los datos administrativos (valoraciones con RAI MDS) de 21587 residentes de 381 centros residenciales en Minnesota obtenía cifras similares, del orden del 11%-14% (Nazir *et al.*, 2012). En Ontario (Canadá), donde el Gobierno utiliza el indicador de caídas en los últimos 30 días para monitorizar la calidad en los centros residenciales, se recogen cifras del 13,9% en 2010-2011 y de hasta el 16,5% en 2019-2020 (Akomah, 2021). Por otra parte, el último informe del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad australiano (de obligada cumplimentación para todos los centros residenciales del país) recoge una tasa del 32,3% en 3 meses (Australian Institute of Health and Welfare, 2023). La menor incidencia de caídas en nuestro estudio —y particularmente el elevado número de centros que no refieren ninguna caída— podría ser un efecto combinado del reducido tamaño de algunos centros en Álava, junto con la elección de un periodo de observación relativamente breve para facilitar la recogida de información —Tzeng y colaboradores obtienen, por ejemplo, una tasa del 6,3% para los 18 días posteriores al ingreso en centros residenciales de personas que habían sido dadas de alta del hospital (Tzeng *et al.*, 2022)—. En función de la carga añadida de trabajo que suponga para los centros, podría ser conveniente extender el periodo de observación (a tres meses, por ejemplo) para obtener cifras comparables a las de otros sistemas de indicadores de calidad.

Por lo que se refiere a las restricciones físicas, la tasa media en nuestra muestra —31% (desviación estándar = 22,9%)— está en el rango del que obtienen otros estudios en España. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en 9 centros de las Islas Canarias con 920 usuarios se obtenía una prevalencia del 84,9% cuando se consideraban las barras de cama y del 36,6% cuando se consideraban únicamente otros medios de contención (Blasco *et al.*, 2020). Una revisión reciente confirma asimismo la variabilidad en la prevalencia de uso entre estudios en función de las definiciones y métodos de recogida (Hakverdioglu Yönt *et al.*, 2023). En las futuras recogidas de datos,

²⁹ Este valor podría además incrementarse si se consigue entender al conjunto de los centros del territorio, para garantizar la representatividad de los resultados.

³⁰ Los análisis realizados para ajustar los indicadores muestran parte de la potencialidad de los datos recogidos; no obstante, constituye solo una pequeña muestra del potencial que ofrecen.

se afinará la solicitud de información para evitar la disparidad de criterios en cuanto a la contabilización de las barras de cama como medio de restricción física.

En lo que respecta a la posible asociación entre restricciones y caídas, se confirma que las personas que han sido valoradas con un riesgo de caída más alto en la escala Downton son sujetas a restricciones con mayor frecuencia que las que se valoran con un riesgo de caída bajo. En cambio, no se aprecia asociación significativa con la variable de caídas en los últimos 30 días, lo cual indica que haber sido sujeto a restricciones físicas no afecta ni positiva ni negativamente el riesgo de tener una caída.

Por lo que se refiere a las úlceras por presión (en estadios 2 o superior), se obtiene una prevalencia del 6,8% de media (desviación estándar = 5,5%). En un estudio epidemiológico nacional llevado a cabo en 2013, se obtenían tasas algo superiores —del 12,42 ($\pm 19,82\%$)— con asimismo una importante variabilidad a nivel de centro (Pancorbo-Hidalgo *et al.*, 2014). Si se confirman estos resultados, sería un buen indicador para los centros residenciales de Álava. Por otra parte, en los datos recogidos se aprecia una asociación significativa en modelos bivariados entre la aplicación de restricciones físicas en los 30 días previos y el riesgo de desarrollar úlceras por presión, aunque la asociación no es tan clara una vez se controlan los otros factores de riesgo (dependencia, incontinencia y diabetes), dado que, independientemente o al margen de consideraciones éticas sobre el uso de restricciones físicas en centros residenciales para personas mayores, estas no parecen tener un efecto positivo sobre el riesgo de caída, cabe plantearse el uso de estos dispositivos cuando no resultan estrictamente necesarios, teniendo en cuenta que podrían incrementar el riesgo de úlceras por presión, especialmente entre quienes tienen niveles de dependencia más leves.

Finalmente, en lo que respecta a la validez de los indicadores para medir la calidad de la atención, en general, se considera que, con algunos ajustes en la

recogida de información y en la propia definición de los indicadores, los resultados pueden ser válidos para comparar la calidad de los procesos de atención en los centros (controles de peso, del estado de la piel, valoraciones funcionales, uso de restricciones) que pueden dar lugar a diferencias en la prevalencia de algunos indicadores de resultado, como las caídas o las úlceras por presión.

5. Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones.

La principal de ellas tiene que ver con la representatividad de la muestra (participan 33 centros con un total de 1840 plazas, lo que supone en torno a un 42% de las plazas residenciales disponibles en el territorio). Sería necesario que, en futuras recogidas de información, se vaya incrementando el número de centros participantes, para incrementar así la representatividad de los datos recogidos.

Tratándose de un estudio piloto, los criterios de validación establecidos para los datos fueron laxos, con vistas a facilitar la recogida de información. No obstante, esto introduce imprecisión en los datos. En particular, un número significativo de las valoraciones recogidas (en torno a un 14% de las valoraciones de calidad de vida y en torno al 20%, de las valoraciones del estado funcional y cognitivo) se refieren a fechas posteriores a la que se establecía como referencia para la recogida de datos (15 de junio). En estos casos, los datos se han dado por válidos, refiriéndolos a la fecha de recogida de información a la hora de calcular los indicadores.

Finalmente, la valoración del estado funcional, cognitivo y de la calidad de vida se realiza utilizando instrumentos de medición diferentes, por lo que ha sido necesario establecer equivalencias entre diferentes escalas. Es necesario ir armonizando progresivamente los instrumentos que utilizan los centros para recoger los datos solicitados en el marco de este sistema de indicadores sobre calidad de la atención.

- AKOMAH, A. (2021): "Fall risk factors in long-term care facilities in Ontario" [tesis doctoral], Laurentian University of Sudbury, <<https://zone.biblio.laurentian.ca/handle/10219/3941>>.
- ARLING, G.; KANE, R. L.; LEWIS, T. y MUELLER, C. (2005): "Future development of nursing home quality indicators", *The Gerontologist*, vol. 45, n.º 2, pp. 147-156, <<https://doi.org/10.1093/geront/45.2.147>>.
- ARLING, G.; LEWIS, T.; KANE, R. L.; MUELLER, C. y FLOOD, S. (2007): "Improving quality assessment through multilevel modeling: the case of nursing home compare", *Health Services Research*, vol. 42, n.º 3p1, pp. 1177-1199, <<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00647.x>>.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (2023): *Residential aged care quality indicators annual report 2022-23*, Canberra, Australian Government, <<https://www.gen-agedcaredata.gov.au/resources/reports-and-publications/2023/november/residential-aged-care-quality-indicators-annual-report-2022%E2%80%9323>>.
- BARGALLÓ, E. V. *et al.* (2002): "Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo", *Atención Primaria*, vol. 30, n.º 1, pp. 5-13, <[https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)78956-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)78956-7)>.
- BERG, K. *et al.* (2002): "Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators", *Health Care Financing Review*, vol. 23, n.º 4, pp. 19-36.
- BLASCO, J. M. *et al.* (2020): "Use of physical restraint in nursing homes in Spain and relation with resident characteristics: a retrospective multi-centre cohort study with a self-organised maps approach", *Ageing and Society*, vol. 40, n.º 11, pp. 2410-2428, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X19000680>>.
- CASTLE, N. G. y FERGUSON, J. C. (2010): "What is nursing home quality and how is it measured?", *The Gerontologist*, vol. 50, n.º 4, pp. 426-442, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnq052>>.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE (2022): *National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program*, Australian Government, <<https://www.health.gov.au/our-work/qi-program>>.
- FASNACHT, J. S. *et al.* (2023): "Conversion between the Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental Status Examination", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 71, n.º 3, pp. 869-879, <<https://doi.org/10.1111/jgs.18124>>.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E. y MCHUGH, P. R. (1975): "'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, n.º 3, pp. 189-198, <[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)>.
- HAKVERDIOĞLU YÖNT, G.; KISA, S. y PRINCETON, D. M. (2023): "Physical restraint use in nursing homes- regional variances and ethical considerations: a scoping review of empirical studies", *Healthcare*, vol. 11, n.º 15, <<https://doi.org/10.3390/healthcare11152204>>.
- HARRELL, L. E.; MARSON, D.; CHATTERJEE, A. y PARRISH, J. A. (2000): "The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease", *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. 14, n.º 3, pp. 168-175, <<https://doi.org/10.1097/00002093-200007000-00008>>.

- HEALTH QUALITY ONTARIO (2015): *LTC Indicator Review Report: the review and selection of indicators for long-term care public reporting*, Ontario, Health Quality Ontario.
- HOFFMANN, F. *et al.* (coords.) (2010): *Measuring progress: indicators for care homes*, Viena, European Centre for Social Welfare.
- HUTCHINSON, M., K.; DRAPER y A. E. SALES (2009): "Public reporting of nursing home quality of care: lessons from the United States experience for Canadian policy discussion", *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, vol. 5, n.º 2, pp. 87-105.
- INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL (1994): *Evaluación de las residencias de ancianos dependientes del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava*, Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava.
- JONES, R. N. *et al.* (2010): "Adjustment of nursing home quality indicators", *BMC Health Services Research*, vol. 10, n.º 96, <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-96>>.
- LOBO, A.; EZQUERRA, J.; GÓMEZ-BURGADA, F.; SALA, J. y SEVA-DÍAZ, A. (1979): "El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos", *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, vol. VII, n.º 3, pp. 189-202.
- MIGUEL, S. *et al.* (2016): "Quality of life and associated factors in older people with dementia living in long-term institutional care and home care", *European Geriatric Medicine*, vol. 7, n.º 4, pp. 346-351, <<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.012>>.
- MOR, V. (2005): "Improving the quality of long-term care with better information", *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n.º 3, pp. 333-364.
- MURAKAMI, Y. y COLOMBO, F. (2013): "Measuring quality in long-term care", en OECD y UNIÓN EUROPEA (eds.), *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, serie OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, pp. 53-92, <<https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>>.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2009): *The National Nursing Home Survey: 2004 overview*, Department of Health and Human Services, <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5326>>.
- NAZIR, A.; MUELLER, C.; PERKINS, A. y ARLING, G. (2012): "Falls and nursing home residents with cognitive impairment: new insights into quality measures and interventions", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 13, n.º 9, 819.e1-6, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.07.018>>.
- OCDE y UNIÓN EUROPEA (eds.) (2013): *A good life in old age?: monitoring and improving quality in long-term care*, serie OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>>.
- OSIŃSKA, M.; FAVEZ, L. y ZÚÑIGA, F. (2022): "Evidence for publicly reported quality indicators in residential long-term care: a systematic review", *BMC Health Services Research*, vol. 22, 1408, <<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08804-7>>.
- PANCORBO-HIDALGO, P. L.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P.; TORRA I BOU, J. E.; VERDÚ SORIANO, J. y SOLDEVILLA-AGREDA, J. J. (2014): "Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia", *Gerokomos*, vol. 25, n.º 4, pp. 162-170.
- PFEIFFER, E. (1975): "A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 23, n.º 10, pp. 433-441, <<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>>.
- REISBERG, B. (1988): "Functional assessment staging (FAST)", *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 24, n.º 4, pp. 653-659.
- REISBERG, B.; FERRIS, S. H.; DE LEON, M. J. y CROOK, T. (1988): "Global Deterioration Scale (GDS)", *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 24, n.º 4, pp. 661-663.
- RESNICK, B. *et al.* (2018): "Reliability and validity testing of the Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale", *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 33, n.º 5, pp. 277-283, <<https://doi.org/10.1177/1533317518765133>>.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2017): *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Nota metodológica. Tramos de parámetros*, Gobierno de España, <https://www.sanidad.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Parametros_clin_tramos.pdf>.
- TZENG, H. M.; DOWNER, B.; HAAS, A. y OTTENBACHER, K. J. (2022): "Association between cognitive status and falls with and without injury during a skilled nursing facility short stay", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 23, n.º 1, pp. 128-132.e2, <<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.017>>.
- VERDUGO, M. A. (2009): *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*, Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, <<https://sid-inico.usal.es/documentacion/escala-gencat-manual-de-aplicacion-de-la-escala-gencat-de-calidad-de-vida/>>.
- (2010): *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT*, Salamanca, Inico, <<https://sid-inico.usal.es/documentacion/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-mayores-la-escala-fumat/>>.
- WAGNER, A. *et al.* (2020): "Selecting home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) for Switzerland: a public health and healthcare providers' perspective", *PLoS One*, vol. 15, n.º 12, e0244577.
- WUNDERLICH, G. S. y KOHLER, P. (eds.) (2001): *Improving the quality of long-term care*, Washington, National Academies Press.
- ZIMMERMAN, D. R. (2003): "Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, n.º 3, pp. 250-257, <<https://doi.org/10.1002/gps.820>>.
- ZIMMERMAN, D. R. *et al.* (1995): "Development and testing of nursing home quality indicators", *Health Care Financing Review*, vol. 16, n.º 4, pp. 107-127.

ZUÑIGA, F.; BLATTER, C. y SIMON, M. (2018): "Data quality of national quality indicators and their acceptance in Swiss nursing homes", *Innovation in Aging*, vol. 2, supl. 1, p. 241, <<https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1575>>.

ZÚÑIGA, F.; BLATTER, C.; WICKI, R. y SIMON, M. (2019): "Nationale Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen [Indicadores nacionales de calidad en las residencias suizas]", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 52, n.º 8, pp. 730-736, <<https://doi.org/10.1007/s00391-019-01583-7>>.

Evolución de los indicadores de pobreza/bienestar en España entre 2008 y 2023: aplicación del método EPDS

Luis Sanzo González

Sociólogo

lsanzo@telefonica.net

Eurostaten adierazle-sistema ez da nahikoa eta ez da egokia pobrezia eta ongizatearen bilakaera behar bezala jarraitzeko Euskadiko edo Espainiako gizarteetan. Aurrekontu horretatik abiatuta, artikulu honen helburua da Espainiako testuinguru orokorrean aplikatzeko proiektuan 2022tik 2024ra bitartean egindako aurrerapenak islatzea, eta Estatistikako Institutu Nazionalaren (INE) Bizi Baldintzen Inkesta (BBI) erabiliz, pobrezia eta ongizatea neurtzeko Euskadin garatutako Pobrezia eta Gizarte Desberdintasunen Inkestan erabilitako metodoa. Helburu hori lortzeko arrazoi nagusia pobrezia-ongizate eskalan dauden posizio sozialak hobeto ezagutzea zen.

Gako-hitzak:

Pobrezia, neurketa, ikerketa-metodoak, diru-sarreraren maila, adierazleak, Euskadi.

El sistema de indicadores de Eurostat resulta insuficiente e inadecuado para seguir correctamente la evolución de la pobreza y el bienestar en sociedades como la vasca o la española. Partiendo de este presupuesto, el objetivo de este artículo es reflejar los avances realizados entre 2022 y 2024 en el proyecto de aplicar en el contexto español general, y haciendo uso de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística (INE), el método utilizado en la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS), desarrollado en Euskadi para la medición de la pobreza y el bienestar. La razón principal para asumir este objetivo era avanzar en un mejor conocimiento de las distintas posiciones sociales existentes en la escala pobreza-bienestar.

Palabras clave:

Pobreza, medición, métodos de investigación, nivel de ingresos, indicadores, País Vasco.

1. Contexto del proyecto

El objetivo de este artículo es reflejar los avances realizados entre 2022 y 2024 en el proyecto de aplicar en el contexto español general, y haciendo uso de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística (INE), el método utilizado en la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS), desarrollado en Euskadi para la medición de la pobreza y el bienestar. Como se señalaba en el artículo en el que se adelantaban los primeros resultados del proyecto (Sanzo González, 2022), la razón principal para asumir este objetivo era avanzar en un mejor conocimiento de las distintas posiciones sociales existentes en la escala pobreza-bienestar. A este respecto, se parte de la asunción de un hecho objetivado: el sistema de indicadores de Eurostat resulta insuficiente e inadecuado para seguir correctamente la evolución de la pobreza y el bienestar en sociedades como la vasca o la española (Sanzo González, 2009a).

La aplicación del método EPDS a España se ve, no obstante, dificultada por tres circunstancias específicas. En primer lugar, la ECV no incluye en sus cuestionarios una serie de ítems que resultarían necesarios para realizar una aplicación estricta del método EPDS en lo relativo a la determinación de la pobreza y precariedad de ingresos. En lo fundamental, esto afecta, por una parte, al indicador relativo al gasto habitual de los hogares, que, en el método EPDS, sustituye a la variable de ingresos disponibles que caracterizaba el método Leyden original (Goedhart *et al.*, 1977; Sanzo González, 2009a y 2009b). Por otra parte, una limitación igualmente determinante en el cuestionario ECV es la falta de una pregunta (similar a la HS130 sobre los ingresos mínimos necesarios para llegar a fin de mes) relativa a los ingresos mínimos requeridos para cubrir las necesidades estrictamente básicas. Esta pregunta es clave para determinar los umbrales de pobreza en el método EPDS (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2021). Los problemas señalados se han visto acentuados con la desaparición, a partir de la operación 2021 (renta 2020), de la pregunta HS130 en el cuestionario de hogar de la ECV. Esto limita, a partir de ese año, la posible determinación de umbrales a partir de la propia percepción de necesidad de la población a la pregunta HS120, relativa al grado de dificultad/facilidad para llegar a fin de mes con los ingresos disponibles.

En segundo lugar, la aplicación del método EPDS, basado en la determinación objetiva de umbrales a partir del estudio de las necesidades percibidas por la propia población, y no por un grupo de expertos, se enfrenta a una estructura de precios en las distintas comunidades autónomas españolas que resulta diversa. Para superar esta dificultad, el método EPDS debería aplicarse por comunidad autónoma, pero se trata de una circunstancia que se ve afectada por un marco muestral excesivamente limitado en la ECV. La aplicación correcta del método EPDS requiere,

en este sentido, muestras de gran tamaño para cada unidad territorial a considerar. A pesar de la reciente ampliación muestral aplicada por el INE, la ECV no cumple este requisito básico para la implementación correcta del método.

Finalmente, deben señalarse algunas limitaciones del propio método EPDS, en particular en lo relativo al desarrollo de los indicadores de pobreza y ausencia de bienestar que están ligados a las condiciones de vida a medio y largo plazo, incluido el acceso a un patrimonio mínimo de reserva para hacer frente temporalmente a situaciones de crisis (pobreza de acumulación). En este sentido, el indicador de pobreza de acumulación de la EPDS vasca se planteó en términos de un tipo de pobreza propia del último cuarto del pasado siglo, muy condicionada por las formas de precariedad extrema ligadas a las condiciones de vida en la vivienda. Este método necesita ser actualizado teniendo en cuenta los cambios observados en los modos de vida y el propio desarrollo socioeconómico de la sociedad, en especial, en su dimensión tecnológica y material.

Para avanzar en el proyecto establecido, en la presentación de los datos de 2022 se tomaron una serie de medidas susceptibles de ayudar a superar los tres tipos de carencias señaladas. Aunque con una maduración lo suficientemente amplia por entonces para adelantar algunos datos evolutivos, las medidas mencionadas debían ser consideradas provisionales. No sólo era preciso profundizar en el análisis de sus características, sino que era necesario ver su aplicabilidad a las nuevas operaciones de la ECV, teniendo en cuenta la exclusiva disposición a partir de 2021 de datos relativos a la pregunta HS120.

Teniendo en cuenta lo señalado, seguidamente se mencionan los principios metodológicos básicos desarrollados en la actualización de 2024 (relativa a los datos de la ECV de 2008 a 2023).

1.1. Método para determinar los umbrales de necesidad en la dimensión de ingresos y la equivalencia asociada

De cara a determinar los umbrales de necesidad (los requeridos para superar la pobreza y las situaciones de ausencia de bienestar en la dimensión de ingresos), el método desarrollado en 2022 partía de una estimación de dichos umbrales de ingresos a partir de la aplicación de diversas regresiones logarítmicas. Estas utilizaban las variables de ingreso necesario para llegar a fin de mes (HS130), tamaño del hogar (HX040) e ingresos mensuales reales (VHRENTAA/12).

A través de estas regresiones, se llegó a la estimación de los valores de necesidad correspondientes, teniendo en cuenta una única escala de equivalencia basada en la aplicación de una versión ajustada del método EPDS para la determinación de las necesidades de las personas solas, de las parejas y

del resto de componentes de los hogares (menores de 15 años, personas de entre 15 y 24 años y adultos mayores de 25 años). El método tenía en cuenta el ciclo de vida (hogares de personas menores de 45 años, de personas de entre 45 y 64 años y mayores de 65 años), de forma que la estimación reflejara las necesidades por grupos de edad, de acuerdo con la edad de las personas de referencia en los hogares (número de orden 1 en cada hogar). Los umbrales de necesidad obtenidos de esta forma, con su escala de equivalencia asociada, se calcularon para el conjunto del periodo 2008-2020, para que tuvieran una dimensión estructural. Se determinaron, además, para el conjunto de España, de forma que fuera posible trabajar con una escala de equivalencia común.

A fin de determinar los umbrales base de pobreza y de ausencia de bienestar (para una persona sola en el grupo con menor necesidad económica, habitualmente el mayor de 65 años), se aplicaron inicialmente las regresiones correspondientes a distintos grupos sociales en función de su nivel de ingresos respecto a unos umbrales de partida determinados en exclusiva en función del ingreso necesario para llegar a fin de mes y el tamaño del hogar (umbrales de partida). Teniendo en cuenta las referencias disponibles en la EPDS vasca, para la estimación de los umbrales de ausencia de bienestar se contempló en las regresiones a los hogares con niveles de ingresos de hasta un 150 % respecto a los umbrales de partida señalados. Para la estimación de los umbrales de pobreza, se limitó el mencionado porcentaje al 100 %.

La evaluación de los resultados obtenidos, en especial en su aplicación a las operaciones posteriores a 2021, muestra la necesidad de introducir una serie de cambios en el método de cálculo. En primer lugar, los resultados ponen de manifiesto las notables diferencias de las regresiones entre las regiones de altísima urbanización, fundamentalmente la Comunidad de Madrid y Cataluña, pero también en las Islas Baleares, por su gran dependencia de la industria turística, y en el resto de las comunidades autónomas. Entre estas últimas, se observan además algunas diferencias menores en su sistema de equivalencias internas. En este contexto, se constata la dificultad de aplicar en términos operativos un método común para determinar los umbrales de necesidad, como en principio sería deseable.

Por esa razón, en el presente estudio se ha considerado más adecuado obtener los umbrales de necesidad, con la equivalencia asociada, de forma diferenciada para los distintos grupos de comunidades autónomas. No obstante, se mantiene un aspecto del método anterior: la obtención de umbrales base de pobreza y ausencia de bienestar por grupos de edad de la persona de referencia del hogar que resultan únicos, para cada grupo de comunidades autónomas, para el conjunto del periodo 2008-2020. Pero en vez de obtenerse unos umbrales básicos y una escala de equivalencia común para España, como se hizo en un estudio anterior (Sanzo González,

2022), en el presente estudio se aplica umbrales de necesidad diferenciados por grupos de comunidades autónomas, con sus propias escalas de equivalencia.

En segundo lugar, en comparación con los umbrales obtenidos en la EPDS para Euskadi, se comprueba que los umbrales de pobreza derivados del método aplicado en 2022 resultan excesivamente elevados. Por ello, un segundo cambio relevante en el presente estudio consiste en fijar esos umbrales en el 90 % de los ingresos de los hogares obtenidos exclusivamente de acuerdo con la variable HS130 y el tamaño del hogar —en lugar de considerar el 100 % de los ingresos, como se había hecho con anterioridad (Sanzo González, 2022).

La aplicación de estas regresiones de ajuste respecto a la EPDS ofrece los umbrales base de necesidad que se señalan en la tabla 1.

Tabla 1. Umbrales base de necesidad aplicados para hogares con una persona sola, por grupos de comunidades autónomas. España, 2008-2020 (euros)

Pobreza	<45 años	45-64 años	≥65 años
Sur	872,13	859,58	713,17
Centro	878,53	824,42	655,39
Norte	856,56	906,89	707,23
Comunidad de Madrid, Cataluña, Islas Baleares	1029,39	997,66	846,72
Ausencia de bienestar	<45 años	45-64 años	≥65 años
Sur	1218,11	1131,83	957,76
Centro	1177,74	1071,69	838,39
Norte	1185,31	1178,88	996,68
Comunidad de Madrid, Cataluña, Islas Baleares	1439,00	1358,36	1072,71

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

1.2. Actualización de los umbrales base anuales

La segunda cuestión relevante que se ha de resolver se vincula con el uso de los mencionados umbrales base de necesidad para cada año de la ECV. Al eliminarse la variable HS130 a partir de 2021, variable que se utilizaba para obtener umbrales basados en la percepción de la población, sólo es posible pensar en actualizar los umbrales base de pobreza y de ausencia de bienestar recurriendo a la pregunta HS120.

En el estudio de 2022, esta cuestión se resolvió aplicando un porcentaje resultante de la ratio existente entre los umbrales base obtenidos para el conjunto de España entre 2008 y 2020 y la media de ingresos equivalentes correspondientes al periodo señalado (con la escala de equivalencia derivada del método EPDS ajustado aplicado) en lo relativo a los hogares que señalan llegar a fin de mes con algún tipo de dificultad. El método EPDS tenía, en cierta forma, que hacer converger las bases metodológicas

formuladas por la escuela de Leyden (Van Praag y Hagenaaars, en su última versión) en que se basa la EPDS con los definidos por el grupo de Amberes (Deleeck) (cfr. Deleeck y Van den Bosch, 1990). Así, se optó por trabajar con método ajustado EPDS-Deleeck.

El presente estudio mantiene los planteamientos básicos señalados, pero con dos diferencias relevantes. En primer lugar, se busca normalizar al máximo el proceso de actualización de los umbrales anuales, evitando todo riesgo de dispersión de los resultados potenciales. Para ello, se opta, por una parte, por trabajar con cifras medianas y no medias en los resultados de necesidad derivados de la pregunta HS120 sobre la dificultad para llegar a fin de mes (mucha dificultad, dificultad, cierta dificultad). Por otra parte, se busca obtener una media estandarizada correspondiente a las medianas asociadas a las posiciones en la pregunta HS120, de acuerdo con un modelo de distribución única de población que corresponde a la existente para el conjunto del periodo 2008-2020 por grupos de comunidades autónomas y grupos de edades de las personas de referencia (<45, 45-64 y ≥65 años). Se opera, en definitiva, con una media estandarizada de las cifras medianas de la HS120 en términos de una distribución única de la población en relación con la variable HS120 señalada, definida para el conjunto del periodo 2008-2020, pero por grupos de comunidades autónomas y grupos de edad.

Las ratios resultantes entre la media estandarizada de las cifras medianas y los umbrales base de la tabla 1 se recogen, para el periodo 2008-2020, en la tabla 2.

Tabla 2. Ratios entre los umbrales base de necesidad aplicados y las medias estandarizadas de las medianas resultantes en la variable HS120, por niveles de dificultad en llegar a fin de mes, según grupos de comunidades autónomas y grupos de edad. España, 2008-2020 (euros)

Pobreza	<45 años	45-64 años	≥65 años
Sur	0,761	0,727	0,723
Centro	0,744	0,694	0,742
Norte	0,657	0,640	0,666
Comunidad de Madrid, Cataluña, Islas Baleares	0,708	0,625	0,662
Ausencia de bienestar	<45 años	45-64 años	≥65 años
Sur	1,036	0,961	0,959
Centro	0,990	0,903	0,942
Norte	0,904	0,854	0,905
Comunidad de Madrid, Cataluña, Islas Baleares	0,978	0,851	0,861

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

La segunda diferencia relevante es que, a efectos de actualización de los umbrales, se aplican las ratios señaladas —para cada grupo de comunidades autónomas y grupos de edad— a la media

estandarizada de medianas observada cada año en esos grupos de comunidades autónomas. Se trata de una diferencia relevante respecto a la aplicación de unas ratios comunes para España a la media anual observada de ingresos equivalentes correspondientes a cada año (con la escala de equivalencia única para España derivada del método aplicado en 2022) de los hogares que señalan llegar a fin de mes con algún tipo de dificultad en cada grupo de comunidades autónomas. El presente estudio asume, en este sentido, la necesidad de tener en cuenta las diferencias observadas en la estructura de necesidades por grupos de comunidades autónomas.

1.3. Grupos de comunidades autónomas

En el presente estudio, se mantiene la estructura territorial de determinación de umbrales utilizada en el estudio de 2022. Por limitaciones muestrales, no es posible obtener los umbrales de necesidad para todas las comunidades autónomas, sino únicamente para los cuatro grupos de comunidades autónomas siguientes:

- Sur: Canarias, Andalucía, Región de Murcia, Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla.
- Centro o Extremadura y Castillas: Extremadura, Castilla-La Mancha y Castilla y León.
- Norte: Galicia, Asturias, Cantabria, Euskadi, Navarra, La Rioja y Aragón.
- Resto: Comunidad de Madrid, Cataluña y las Islas Baleares.

La división se basa en la comparación de los niveles medios equivalentes de necesidad. La clasificación es globalmente adecuada, aunque con el matiz relativo a la Comunidad Valenciana, con niveles de necesidad más cercanos a los del norte de España, particularmente Aragón, que a alguna de las comunidades del grupo del sur. No obstante, por razones territoriales y cercanía de los resultados base, se ha optado por situar a la Comunidad Valenciana en la zona sur.

1.4. Indicador de la pobreza de acumulación

En lo relativo a la determinación del indicador de pobreza/bienestar de acumulación, se mantiene el método utilizado anteriormente (Sanzo González, 2022). De esta forma, se actualiza el método EPDS para tener en cuenta los indicadores introducidos recientemente en la ECV. En relación con el indicador EPDS base, las tasas de pobreza resultantes son algo superiores, pero esto proporciona datos más ajustados a las características de la sociedad española moderna (y también de la vasca).

También se busca el mayor acercamiento posible al método AROPE (riesgo de pobreza o exclusión). No obstante, sólo se consideran en la medición de la pobreza de acumulación indicadores ligados a la

consolidación de niveles adecuados de vida a medio y largo plazo, con necesidad previa, por tanto, de acumulación de recursos, y a la disponibilidad de un patrimonio mínimo de reserva. En consecuencia, los indicadores de precariedad ligados a la pobreza de ingresos a corto plazo (como los ligados a la cobertura de las necesidades de alimentación, por ejemplo) no se consideran en la medición de esta dimensión de la pobreza, dado que se vinculan en realidad a la medición de la pobreza de ingresos. De ahí la diferenciación del indicador EPDS de pobreza de acumulación respecto al indicador AROPE, que incluye variables relacionadas con distintas dimensiones de la pobreza (ingresos o condiciones de vida a largo plazo/acumulación).

El presente estudio ajusta la estrategia utilizada anteriormente para estimar algunos datos que no son recogidos por la ECV en determinados años (Sanzo González, 2022), tal y como sucede en 2021-2022 con los relacionados con la presencia de problemas como el ruido, la escasez de luz o la contaminación en la vivienda o en su entorno. Dado que son ítems de uso temporal, que se recuperan en la ECV 2023, es preciso adaptar el proceso de estimación de las situaciones de pobreza o ausencia de bienestar de acumulación y condiciones de vida a largo plazo para detectar con la mayor corrección posible los cambios que se observan en esta dimensión de la precariedad.

1.5. Implicaciones de los cambios introducidos

Los cambios introducidos en el presente estudio al método EPDS para España permiten dotar de mayor estabilidad y coherencia a las cifras obtenidas, comprobándose un mayor ajuste con los umbrales de necesidad esperados, en especial en el contraste de resultados con la EPDS vasca para la comunidad autónoma de Euskadi. La principal implicación es que, como era de esperar antes de iniciar los trabajos, se ajustan a la baja las cifras de pobreza derivadas del método EPDS ajustado que se utiliza. En la dimensión de mantenimiento o ingresos, estas cifras se sitúan ahora más claramente por debajo de las resultantes del método Eurostat, aunque sin grandes cambios respecto a las tendencias observadas en nuestro estudio de 2022. Por su parte, las cifras de ausencia de bienestar de ingresos se mantienen claramente por encima de las resultantes del 60 % de la mediana equivalente de ingresos de Eurostat, tal y como ya se observaba en el estudio inicial.

2. Evolución de la pobreza, la precariedad y el bienestar en España (2008-2023)

Se presentan a continuación los principales resultados obtenidos para el periodo 2008-2023, con especial referencia a los cambios posteriores a 2020. A la hora de analizar los resultados, es preciso tener en cuenta que las cifras de renta correspondientes a cada uno de los años considerados corresponden en realidad al

año anterior, de forma que los indicadores de pobreza y precariedad obtenidos también corresponden al año anterior. En cambio, la información asociada a la pobreza de acumulación corresponde al año de referencia de la ECV. La estimación de la pobreza real, que tiene en cuenta los indicadores de ingresos y condiciones de vida, se ajusta a esta realidad plurianual compleja.

Sin perjuicio de estas dificultades, los datos permiten un análisis de evolución en el tiempo y comparado en términos territoriales y de grupos sociales.

2.1. Evolución comparada del riesgo de pobreza de ingresos con el método Eurostat y el EPDS ajustado

En lo relativo al riesgo de pobreza de ingresos, el gráfico 1 muestra, entre otras cuestiones, la evolución comparada de la pobreza en España, teniendo en cuenta el método Eurostat y el EPDS ajustado (EPDS-Deleeck). Estos datos señalan, de partida, que el indicador ajustado de pobreza EPDS se sitúa siempre por debajo del que corresponde al 60 % de la mediana equivalente de ingresos Eurostat. Reflejan, además, variaciones mucho más nítidas en términos del ciclo económico. Al margen de la comparación con el método de Eurostat, y recordando que la renta considerada se refiere al año anterior al de la ECV, los datos ponen de relieve las siguientes tendencias, de acuerdo con los resultados del método EPDS ajustado (EPDS-Deleeck):

- a. En 2008, el riesgo de pobreza EPDS era aún elevado en España, con un 17,4 % de personas en hogares en riesgo.
- b. Entre 2008 y 2011, las medidas sociales —en particular, el Programa Temporal de Protección por Desempleo e Inserción (Prodi)— y la deflación observada —en especial, en el ámbito de los precios de la vivienda— se traducen inicialmente en una estabilización del riesgo de pobreza, que culmina, en 2011, con una significativa reducción de la tasa de riesgo, que se sitúa en el 16,5 %, frente a los niveles del 17,4 % a 18 % registrados entre 2008 y 2020.
- c. La crisis financiera de las administraciones públicas dificulta, sin embargo, el mantenimiento de las políticas sociales y acaba poniendo de manifiesto el efecto de la crisis a partir de 2011. Se observa así un notable incremento de la pobreza de ingresos, que pasa del 16,5 % de 2011 al 20 % de 2014. Este registro se sitúa entre 2 y 2,6 puntos porcentuales por encima de los niveles de entre el 17,4 % y el 18 % registrados en el periodo 2008-2010, y 3,5 puntos por encima del nivel de 2011.
- d. Entre 2014 y 2020, sin embargo, la tendencia de la tasa de riesgo de pobreza de ingresos es claramente descendente. De esta forma, el indicador cae del 20 % de 2014 al 14,2 % de 2019 y el 13,9 % de 2020. Esta última cifra se sitúa 2,6 puntos porcentuales por debajo del 16,5 % de 2011.

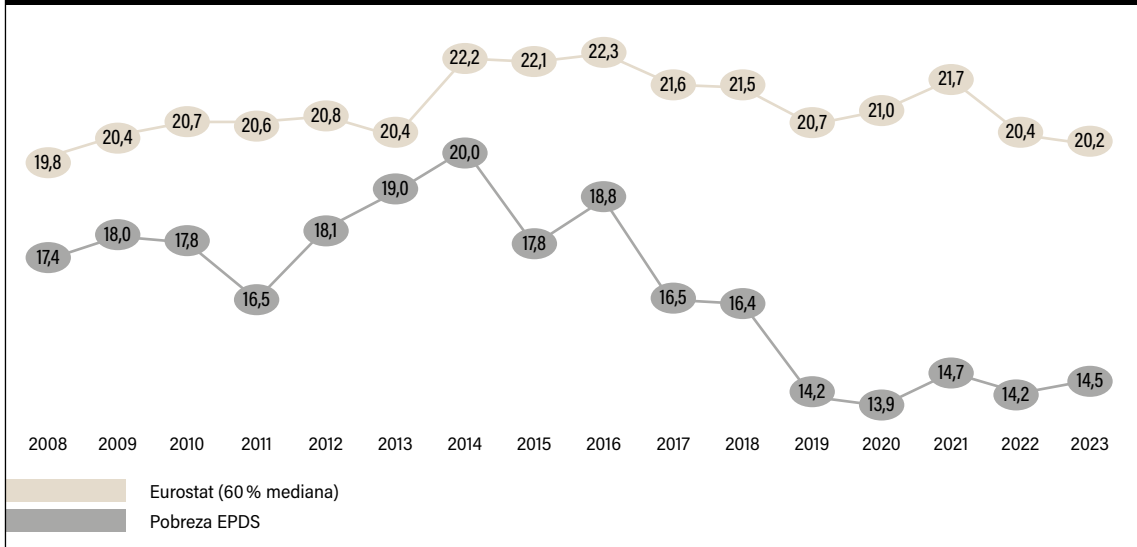
Se detectan, sin embargo, distintas fases durante este periodo de caída de la tasa de riesgo de pobreza de ingresos. Así, se observa una primera reducción importante de los niveles de riesgo entre 2014 y 2015 (pasan del 20 % al 17,8 %), que viene, sin embargo, seguida de un repunte hasta el 18,8 % en 2016.

Sigue a esta fase de repunte una nueva caída relevante, hasta el 16,5 % en 2017, con una posterior estabilización del indicador en el 16,4 % en 2018.

Una nueva y relevante caída de la tasa es la que lleva a las cifras cercanas al 14 % de 2019 y 2020.

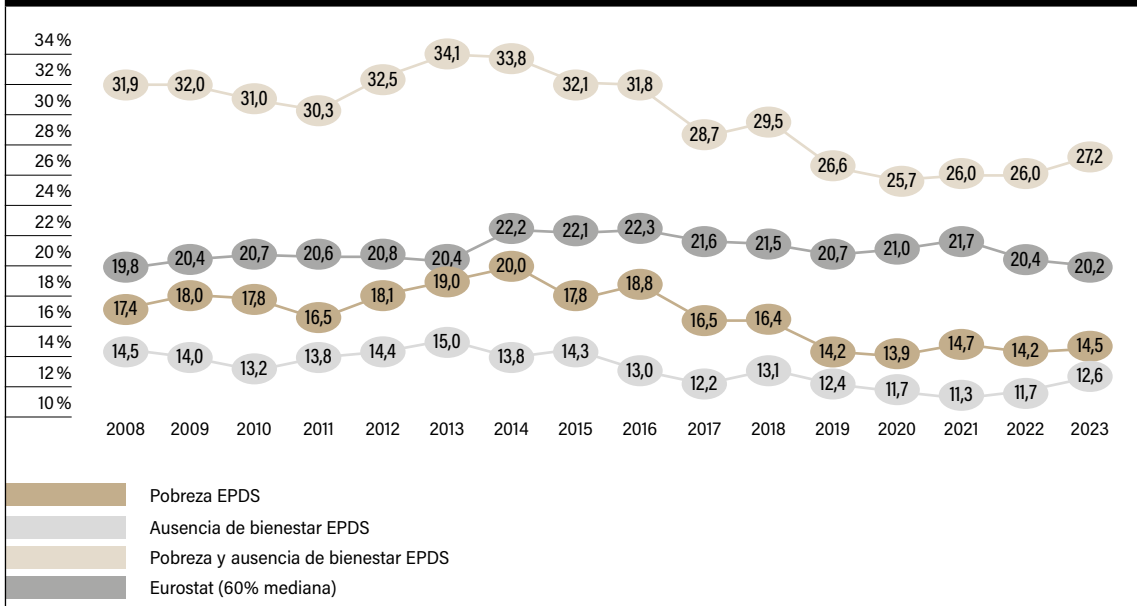
- e. La crisis del covid-19 se traduce en un repunte alcista de la tasa de riesgo de pobreza de ingresos. No obstante, el aumento es muy limitado: un 14,7 % en 2021.
- f. A pesar de la mejora de 2022, con una tasa de pobreza de ingresos del 14,2 %, la tendencia es a un muy ligero repunte alcista a partir de 2020. Al margen de repunte de 2021 (asociado a la evolución de la renta en el año 2020, de máxima incidencia de la pandemia), la tasa pasa así del 13,9 % de 2020 al 14,2 % en 2022 y al 14,5 % en 2023.

Gráfico 1. Evolución comparada del riesgo de pobreza de ingresos Eurostat y EPDS-Deleeck. España, 2008-2023 (% renta del año anterior)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 2. Evolución del riesgo de pobreza y ausencia de bienestar de ingresos EPDS-Deleeck. España, 2008-2023 (% renta del año anterior)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Como se observa en el gráfico 2, el riesgo de ausencia de bienestar (incluyendo las situaciones de pobreza) resulta bastante superior al de pobreza en sentido estricto, con un 31,9% de personas en riesgo en 2008: el 17,4% están en riesgo de pobreza y el 14,5%, en riesgo de ausencia de bienestar, pero no de pobreza. El riesgo conjunto de ausencia de bienestar EPDS ajustado (con o sin riesgo de pobreza) queda muy por encima del 19,8% correspondiente al indicador Eurostat del 60% de la mediana equivalente.

En el grupo en situación de riesgo de ausencia de bienestar en sentido estricto (descontado el grupo en riesgo de pobreza), la tendencia del periodo 2008-2010 es descendente, con una reducción del 14,5% al 13,2%. Sin embargo, entre 2010 y 2013 se observa un significativo incremento de los niveles de riesgo, con una subida hasta el 15% de las personas en riesgo exclusivo de ausencia de bienestar en 2013. La mejora de la situación se adelanta un año en este caso, con una línea de caída moderada pero continuada, apenas alterada por los repuntes de 2015 y 2018, que lleva la proporción analizada a un mínimo del 11,3% en 2021. A partir de ese año, se observa un aumento de los niveles de riesgo hasta el 11,7% de 2022 y el 12,6% de 2023. Con la excepción del 13,1% de 2018, la proporción de personas en situación de ausencia de bienestar, pero no de pobreza, de 2023 se sitúa por encima de los registros del periodo 2017-2022.

En conjunto, la evolución de las distintas situaciones de riesgo de ausencia de bienestar en la dimensión de ingresos (incluyendo las de pobreza) es similar a la observada para la pobreza de ingresos, aunque con algunas variaciones. Por una parte, la línea de mejora en torno al periodo 2010-2011 es más nítida y prolongada. Así, se pasa de tasas de riesgo del 31,9-32% en 2008-2009 al 31% en 2010 y el 30,3% en 2011. Por otra parte, el repunte de las tasas de riesgo a partir de 2011 es más intenso, aunque más corto en el tiempo. El riesgo de ausencia de bienestar aumenta así en 3,8 puntos porcentuales, del 30,3% de 2011 al 34,1% de 2013, para estabilizarse, ya ligeramente a la baja, en el 33,8% de 2014.

La reducción posterior de la tasa de riesgo de ausencia de bienestar resulta muy similar a la observada en el caso de la pobreza, aunque con una dinámica descendente más estable, con la única excepción del repunte observado en 2018. Como resultado de esta evolución, la tasa de riesgo de ausencia de bienestar pasa del 34,1% en 2013 al 25,7% en 2020, con un descenso de 8,4 puntos porcentuales. Tras estabilizarse en torno a cifras del 25,7-26% en el periodo 2020-2022, en 2023 la tasa de riesgo remonta al 27,2%.

El repunte del nivel de riesgo de ausencia de bienestar, que pasa del 25,7% de 2020 al 27,2% de 2022 (1,5 puntos porcentuales), resulta comparativamente superior al que se observa en lo relativo al riesgo de pobreza de ingresos (del 13,9% en 2020 al 14,5% en 2022, es decir, 0,6 puntos). No obstante, el 27,2% de 2023 se mantiene en la parte

baja de los niveles de riesgo desde 2008, no en exceso por encima de las tasas del 25,7% al 26,6% del periodo 2019-2022 y claramente por debajo del 31,9% de 2008.

2.2. Evolución comparada de la pobreza de acumulación (método EPDS-ajustado)

El gráfico 3 muestra la evolución del indicador de riesgo de pobreza en la dimensión de acumulación en España. En este caso, el efecto de la crisis financiera se detecta desde su inicio, con un incremento del volumen de población afectada por este tipo de pobreza, cuya tasa pasa del 3,9% en 2008 al 4,9% en 2012 (aunque tras un ligero retroceso del 4,7% al 4,3% entre 2010 y 2011). Las consecuencias de las medidas estabilizadoras y de los recortes asistenciales de mediados de la pasada década resultan particularmente intensos en este indicador, con un aumento del grupo de población afectada hasta el 8,2% en 2013 y el 8,8% en 2014. A pesar de una mejoría, las cifras se mantienen muy por encima de las del periodo 2008-2012 en 2015 y 2016, años donde alcanzan el 6,7% y el 7,2%, respectivamente.

Entre 2016 y 2017, se observa una clara mejoría, con una reducción del indicador del 7,2% al 5%. Sin embargo, el efecto de la pobreza en las condiciones de vida a medio plazo se estabiliza a partir de entonces, con cifras de entre el 5% y el 5,4% en el periodo 2017-2022, por encima de los 3,9-4,7% registrados de 2008 a 2010. El nivel más elevado de ese periodo corresponde a 2021, con un 5,6%. En esta dimensión, probablemente como consecuencia de la consolidación del ingreso mínimo vital, el año 2023 muestra una mejoría algo más significativa, con un 4,8%, cercano a los registros de 4,7% y 4,9% de 2010 y 2012, respectivamente. La tasa se mantiene, no obstante, por encima de los niveles del 3,9% al 4,4% de 2008, 2009 y 2011.

Como se ha señalado, la pobreza de acumulación refleja la dimensión relativa a las condiciones de vida a medio y largo plazo, incluyendo la disposición de un mínimo patrimonio de reserva, lo que implica el acceso a medios de seguridad financiera para evitar crisis coyunturales de acceso a ingresos. Esta dimensión tiene un efecto comparativamente más reducido en la pobreza que el observado en la dimensión de ingresos, pero tiende a ocurrir lo contrario en lo relativo al acceso a un suficiente bienestar, con una proporción elevada de hogares sin base patrimonial suficiente para garantizarse un bienestar suficiente a medio y largo plazo.

El gráfico 4 muestra la elevada prevalencia de las situaciones de ausencia de bienestar de acumulación en España y permite seguir la evolución del indicador. Situado en un 34,6% en 2008 (incluyendo los casos de pobreza en sentido estricto), se observa un incremento muy llamativo en 2009, año en el que la proporción de personas en hogares afectados aumenta hasta un 40,9%. Aunque de forma más

moderada, la proporción se mantiene en línea alcista hasta situarse en un 42,1% en 2010.

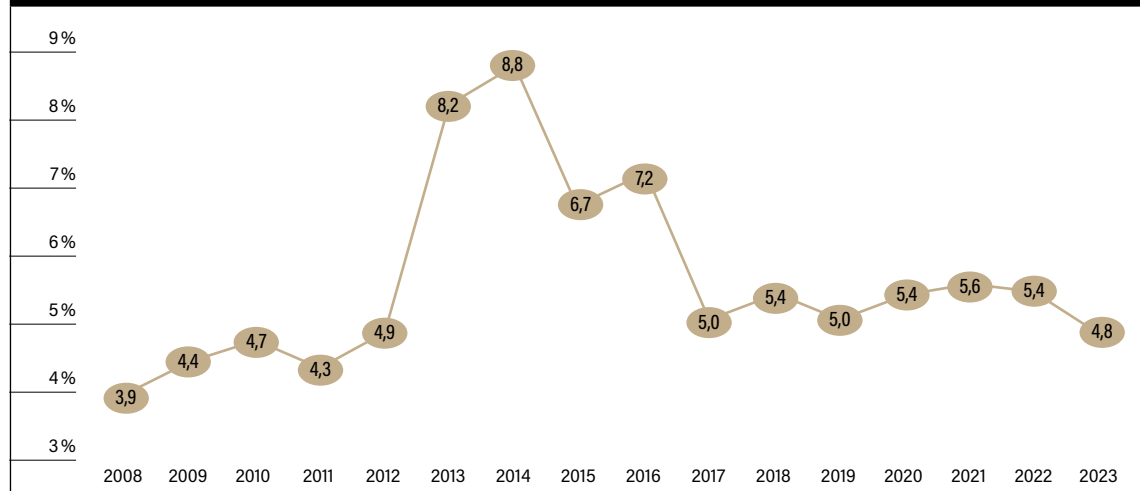
Tras la mejora del periodo 2010-2011, con una caída al 39,9%, por debajo de los registros de 2009 y 2010, entre 2011 y 2012 se vuelve a observar un muy significativo repunte, con un 44,4% de personas afectadas en 2012. La línea alcista se mantiene, de forma más moderada, hasta alcanzar un 46,2% en 2013. El indicador se estabiliza en 2014, aunque en los niveles más altos desde 2008 (46,3%).

La mejora posterior a 2014 también se observa en este indicador, con una caída del 46,3% en 2014 al 37,1% en 2019, pero en este caso la crisis del covid-19 se

traduce en un significativo repunte en 2020, con un 39,2%. La dinámica descendente post-2014 se retoma, no obstante, en 2021. A pesar de ello, el 36% de personas en riesgo de 2021 se mantiene por encima del 34,6% de 2008.

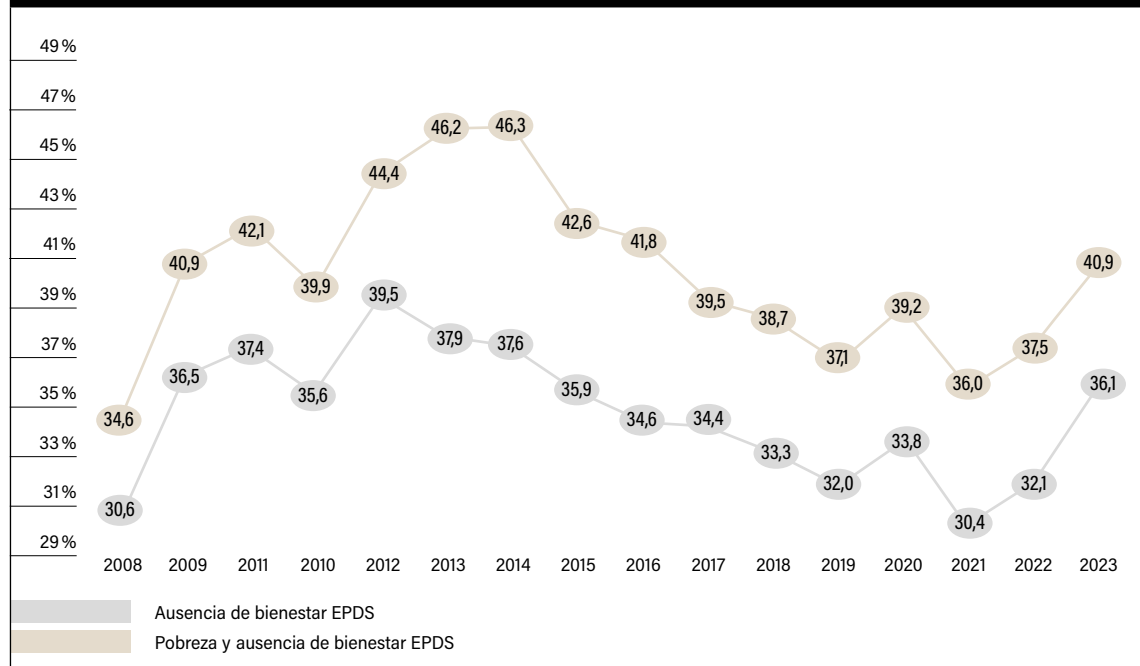
Entre 2021 y 2023, se observa un importante deterioro en este indicador. Así, la tasa de ausencia de bienestar en la dimensión de acumulación aumenta del 36% en 2021 al 37,5% en 2022 y el 40,9% en 2023. Se vuelve, con ello, a los niveles de riesgo y precariedad observados en 2009 (40,9%). El registro de 2021 sólo queda por debajo del 42,1% de 2010 y de las cifras cercanas o superiores al 42% del periodo 2012-2016.

Gráfico 3. Evolución del riesgo de pobreza de acumulación EPDS. España, 2008-2023 (% , renta del año anterior)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 4. Evolución del riesgo de pobreza y ausencia de bienestar de acumulación EPDS. España, 2008-2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

2.3. Evolución de la pobreza real (método EPDS-ajustado)

En el método EPDS, la posición en la escala pobreza-bienestar real depende de la relación observada en las dimensiones de ingresos y de condiciones de vida/patrimonio de reserva a medio y largo plazo. El gráfico 5 muestra la tendencia alcista de la pobreza real en España entre 2008 y 2014. El primer incremento significativo se observa entre 2008 y 2009, con un aumento del 12,7 % al 14,6 %, que se prolonga, en línea más estable, hasta el 14,8 % en 2010. Después de reducirse hasta un 13,7 % en 2011, entre 2011 y 2014 se produce el segundo y más relevante incremento. La tasa de pobreza real muestra entonces un aumento estable y prolongado hasta situarse en un 19,6 % en 2014, 6,9 puntos porcentuales por encima del 12,7 % de 2008.

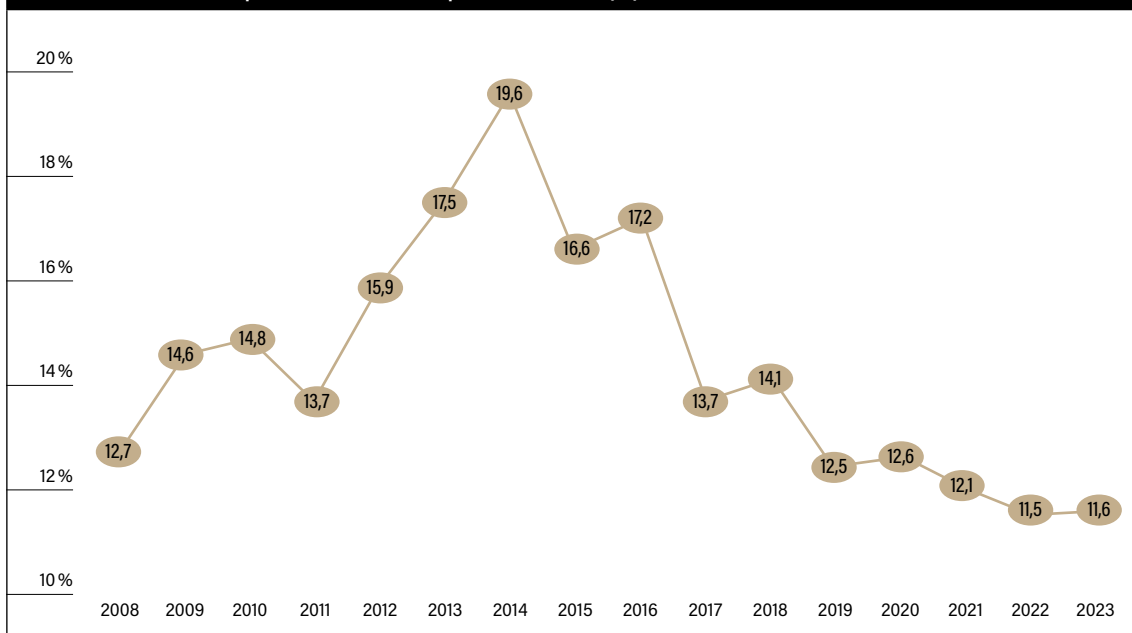
A partir de 2014, se inicia la tendencia opuesta, con distintos periodos de significativa caída de la tasa hasta 2019. El primero corresponde a los años 2014-2015, con una reducción del 19,6 % al 16,6 %. Tras repuntar ligeramente al 17,2 % en 2016, el indicador llega a un 13,7 % en 2017, mostrando la mayor disminución de la pobreza (3,5 puntos porcentuales) en todo el periodo posterior a 2008. Tras remontar ligeramente hasta el 14,1 % en 2018, la línea descendente se retoma entre 2018 y 2019, con un 12,5 % en 2019, que se mantiene básicamente estable en 2020, con un 12,6 %. Esta línea moderadamente descendente se mantiene hasta 2022, situándose en este año el indicador en un 11,5 %, el mínimo histórico desde 2008. En 2023, el 11,6 % observado muestra una estabilización de la tasa de pobreza real en los niveles históricamente más bajos desde 2008, aunque todavía con más de una décima parte de la población residente en España afectada.

El gráfico 6 muestra que, aunque con algunas variaciones temporales, la caída de la pobreza real a partir de 2014 se extiende al conjunto de las situaciones de pobreza y ausencia de bienestar real. Así, la prevalencia de estas situaciones se reduce a largo plazo desde el 28,6 % de 2014 al 18,6 % de 2021 y 2022, por debajo del 19,5 % de 2008. En este caso, sin embargo, 2023 muestra un deterioro más significativo, con un incremento de la incidencia hasta el 19,7 %, en un nivel que apenas resulta, sin embargo, superior en 0,2 puntos porcentuales al de 2008.

La reducción observada en el periodo 2014-2021 en la prevalencia de las situaciones de precariedad real (pobreza o ausencia de bienestar) no se vincula a un incremento de las posiciones intermedias de bienestar —con algún tipo de riesgo asociado o no del todo completas—, esto es, con aquellas situaciones de predominio del bienestar, pero sin acceso a un bienestar completo. Después de caer su peso relativo de cifras cercanas al 38-40 % entre 2008 y 2013 al 35,5 % en 2014, el peso de este grupo en posición de bienestar intermedio se mantiene estable, con cifras de entre el 33,7 % y el 35,5 % en el periodo 2015-2021.

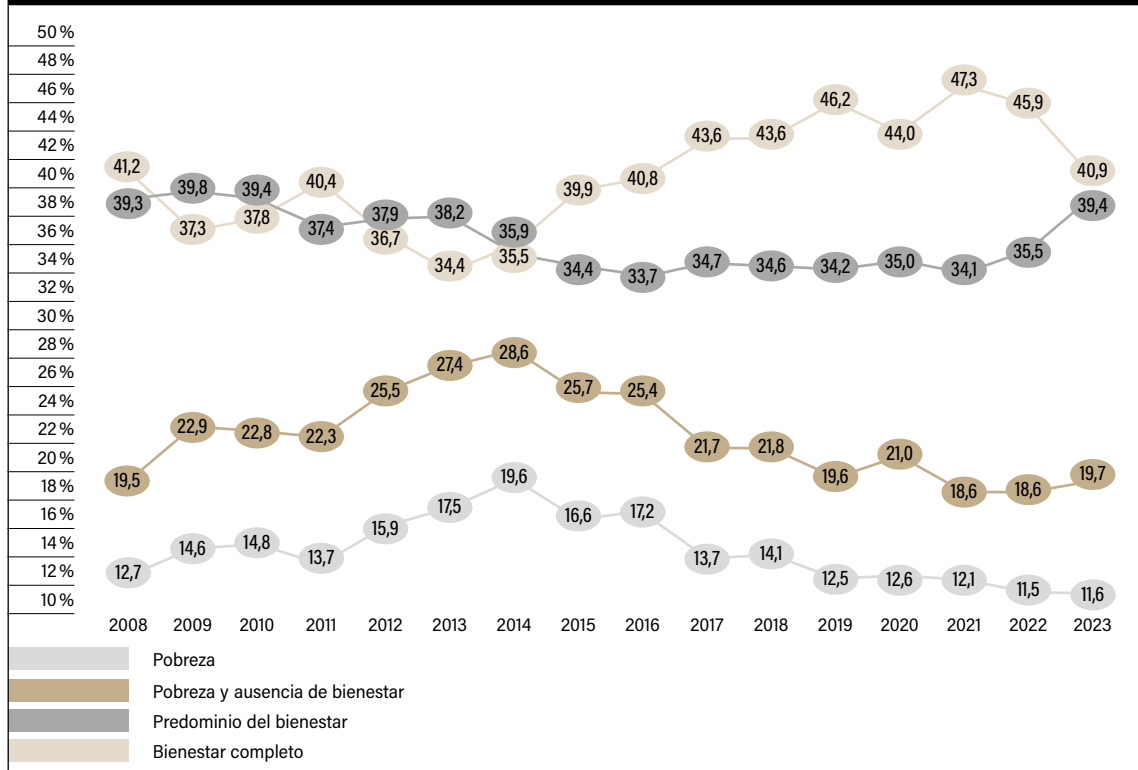
Es, por tanto, la población en hogares en situación de completo bienestar la que aumenta entre 2014 y 2021 en España. Su peso había alcanzado un 41,2 % en 2008. La proporción se reducía de forma sustancial en 2009, con un 37,3 %, pero remontaba hasta el 40,4 % en 2011. La crisis social posterior a la inestabilidad financiera de 2008 llevaba sin embargo el indicador a un 34,4 % en 2013. A partir de entonces, la proporción de población en completo bienestar se muestra continuadamente al alza, hasta alcanzar un 46,2 % en 2019. Tras caer a un 44 % en 2020, el indicador repunta hasta el 47,3 % en 2021, la proporción más elevada desde 2008.

Gráfico 5. Evolución de la pobreza real EPDS. España, 2008-2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 6. Evolución de las posiciones en la escala pobreza-bienestar real EPDS. España, 2008-2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

El periodo 2021-2023 supone un importante cambio en la dinámica globalmente positiva de control de la pobreza y la precariedad y en el acceso creciente de la población a un bienestar completo. Como ya se ha observado, mientras la incidencia de la pobreza real cae del 12,1% de 2021 a cifras de 11,5% en 2022 y 2023, respectivamente, la prevalencia conjunta de la precariedad (pobreza y ausencia de bienestar real) muestra una línea moderadamente alcista, del 18,6% de 2021 y 2022 al 19,7% de 2023.

Esta dinámica alcista de la precariedad se asocia a un repunte más llamativo de las situaciones de ausencia de bienestar real que no vienen asociadas a la vivencia de situaciones de pobreza real. Tras situarse en 2020 en el mínimo histórico desde 2008, con un 6,6%, la proporción considerada remonta al 8,1% en 2023. Esta tendencia al alza de las posiciones no plenamente de bienestar, aunque sin presencia de pobreza real, es mucho más acentuada en lo relativo al grupo con predominio del bienestar, pero sin acceso a un bienestar completo. En lo relativo a este grupo intermedio, el 34,1% de 2021 se muestra claramente al alza, con un 35,5% en 2022 y un 39,4% en 2023.

El resultado es la notable caída, en este periodo, de la proporción de personas en situación de completo bienestar. Del máximo del 47,3% de 2021, se pasa al 45,9% en 2022 y al 40,9% en 2023. Esta proporción se sitúa claramente por debajo de los niveles de 43,6% a 47,3% de 2017 a 2021. Se coloca incluso ligeramente por debajo del 41,2% del año 2008.

3. Situación por comunidades autónomas en 2023

Este apartado profundiza en la situación en la escala pobreza-bienestar de las distintas comunidades autónomas a partir de la ECV 2023. En lo relativo a la prevalencia de pobreza real (mapa 1), la cifra más reducida corresponde a Euskadi, con un 6,4%. Por encima de esa referencia, se sitúan la Comunidad de Madrid y el resto de las comunidades autónomas del noroeste español, con cifras, en general, de entre el 8% y el 9,3% en Galicia, Castilla y León, Cantabria, La Rioja, Navarra y Aragón. Asturias supera ligeramente esos niveles, con un 10,3%. Todavía por debajo de la media española del 11,6%, pero ya muy cerca de ella, se posicionan Cataluña, las Islas Baleares y Castilla-La Mancha, con tasas de entre el 10,8% y del 11,5%. Por encima de la media española, pero todavía cerca de ella, se encuentran la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia y Extremadura, con tasas de entre el 12% y el 12,2%. La cifra aumenta bruscamente hasta el 15,3% en Canarias y el 17,1% en Andalucía. La tasa de pobreza real alcanza sus niveles más elevados en Melilla y Ceuta (19,3% y 21,9%).

El mapa 2 muestra la notable concentración de la pobreza real en unas pocas comunidades autónomas en España, con un 63,6% de esta pobreza en cuatro áreas: Andalucía (26,5%), Cataluña (15,1%), la Comunidad Valenciana (11,2%) y la Comunidad de Madrid (10,9%). Un 19,4% de las situaciones de pobreza real se registran en el resto de las

comunidades autónomas del sur y en las Islas Baleares, mientras que el 17% restante se sitúa en las comunidades del noroeste y Aragón.

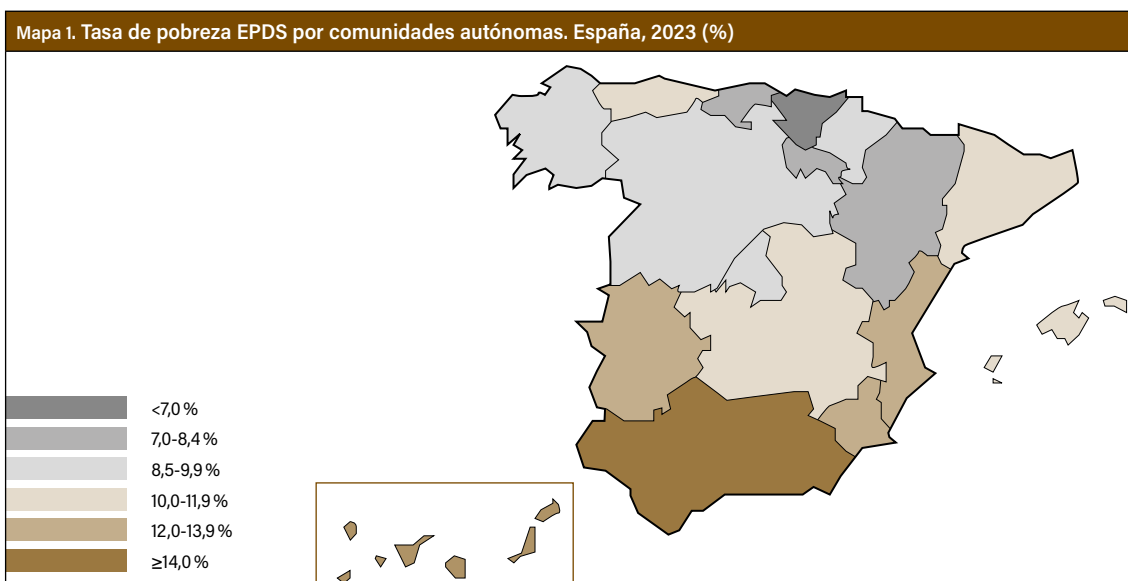
Los datos resultan similares al considerar el conjunto de las situaciones de pobreza y de ausencia de bienestar real. En este caso, Euskadi vuelve a posicionarse como la comunidad autónoma con la tasa de precariedad real más baja en 2023, con un 10,5%, seguida por Navarra y La Rioja, con tasas de 11,7% y 12,7%, respectivamente. En el resto de las regiones del noroeste (Galicia, Castilla-León, Asturias, Cantabria y Aragón), la prevalencia de las situaciones de pobreza y ausencia de bienestar se sitúa entre el 13,6% y el 16,1%.

Más cerca de la media española del 19,7%, pero todavía por debajo de ella, la tasa conjunta de pobreza y ausencia de bienestar se sitúa entre el 17,1% y el 17,8% en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y en las Islas Baleares. Con registros de entre el 19,4% y el 19,8%, Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia se sitúan prácticamente en los niveles medios de España. Extremadura supera ya claramente los niveles medios señalados, con una tasa de pobreza y ausencia de bienestar real del 21,9%. La cifra aumenta al 27,2% en Andalucía y al 28,7% en Canarias. Las tasas se sitúan también en las posiciones más altas en las ciudades autónomas de Melilla (26,2%) y Ceuta (30,5%). Un 64,2% de las situaciones de pobreza y ausencia de bienestar vuelven a concentrarse en Andalucía (24,8%), Cataluña (16%), la Comunidad de Madrid (12,5%) y la Comunidad Valenciana (10,8%). Otro 19,4% corresponde al resto de regiones del sur y a las Islas Baleares. El 16,4% restante corresponde a las comunidades del noroeste de España y a Aragón.

Existe una nítida asociación entre la concentración de las situaciones de pobreza y precariedad y la expansión demográfica del país y, por ello también,

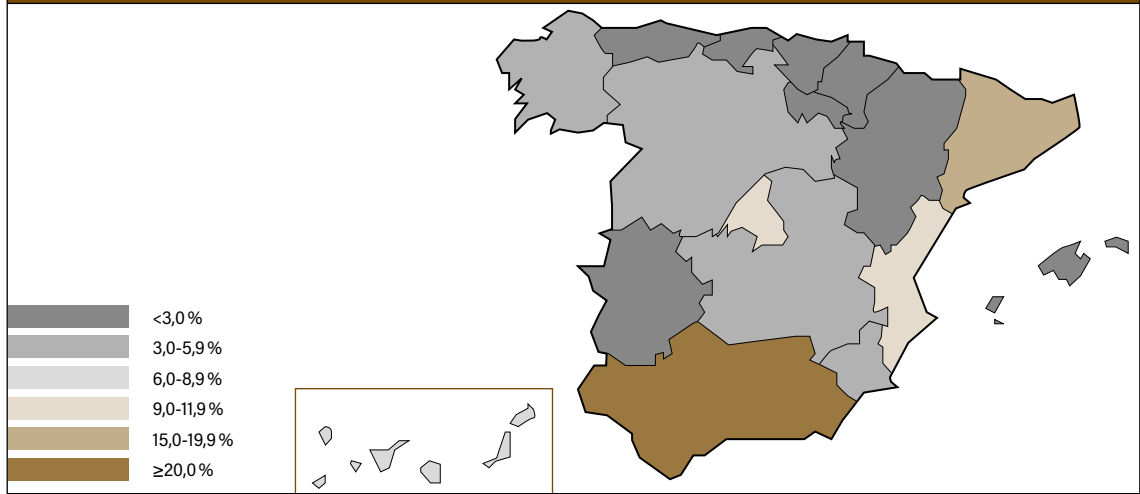
entre las situaciones de pobreza y precariedad y las situaciones de un completo bienestar. De esta forma, las cuatro regiones de mayor concentración de situaciones de pobreza y ausencia de bienestar también son las que concentran la mayor parte de los casos de bienestar completo en España, aunque con una proporción comparativamente algo menor en la distribución (57,7%, con un 16,5% tanto en la Comunidad de Madrid como en Cataluña, 14,4% en Andalucía y 10,3% en la Comunidad Valenciana). La contribución a las situaciones de bienestar es comparativamente mayor en las regiones del noroeste y en Aragón, con un 28,2% de estas situaciones, por apenas un 14,2% correspondiente al resto de las regiones del sur y a las Islas Baleares.

En términos relativos, por comunidades autónomas, el mayor peso del grupo en posición de bienestar completo dentro de la población total corresponde a Euskadi, con un 59,8%, casi 19 puntos porcentuales por encima del 40,9% medio de España. Le sigue Navarra, con un 53,8%. Cerca de estos dos territorios, Asturias, Castilla y León, La Rioja y Aragón se sitúan entre un 48,8% y un 51,6%, superando también, por tanto, Aragón el umbral del 50% de personas en situación de completo bienestar. La proporción es algo más baja en Cantabria (46,1%) y en la Comunidad de Madrid (47%). Cerca de la media española del 40,9%, se sitúan Cataluña (41,6%) y Galicia (40,5%). Ya claramente por debajo de esa media, la proporción de personas en situación de completo bienestar oscila entre el 36,2% y el 39,1% en Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana y en las Islas Baleares, así como en la ciudad autónoma de Melilla. La proporción se reduce al 34,6% en Extremadura y al 32,7% en Andalucía. Las cifras más bajas de proporción de personas en situación de completo bienestar en la población total se observan en la Región de Murcia y en Canarias, con un 29,2% y un 28,4%, respectivamente. Con un 28,5%, la ciudad autónoma de Ceuta se sitúa en una posición similar.



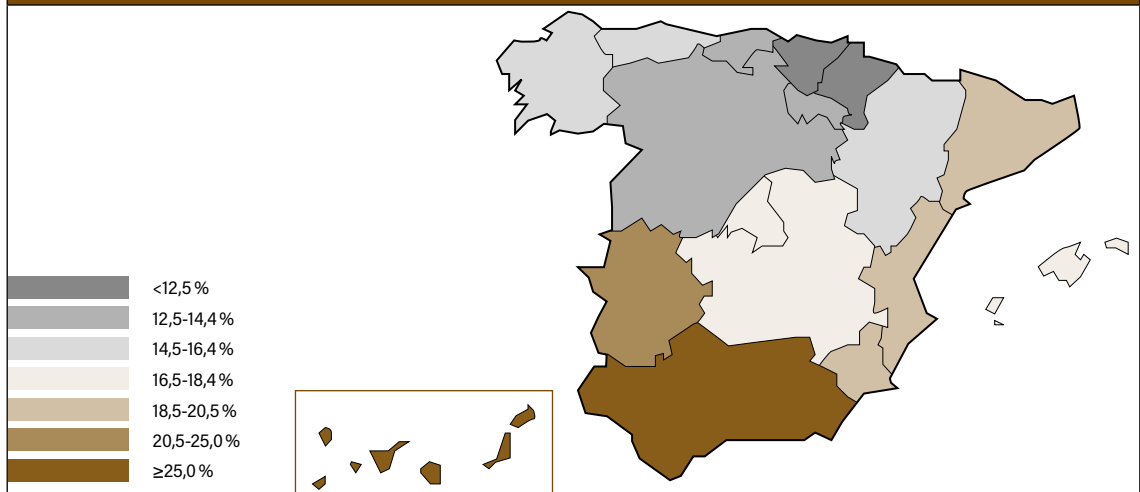
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Mapa 2. Distribución de la pobreza EPDS por comunidades autónomas. España, 2023 (%)



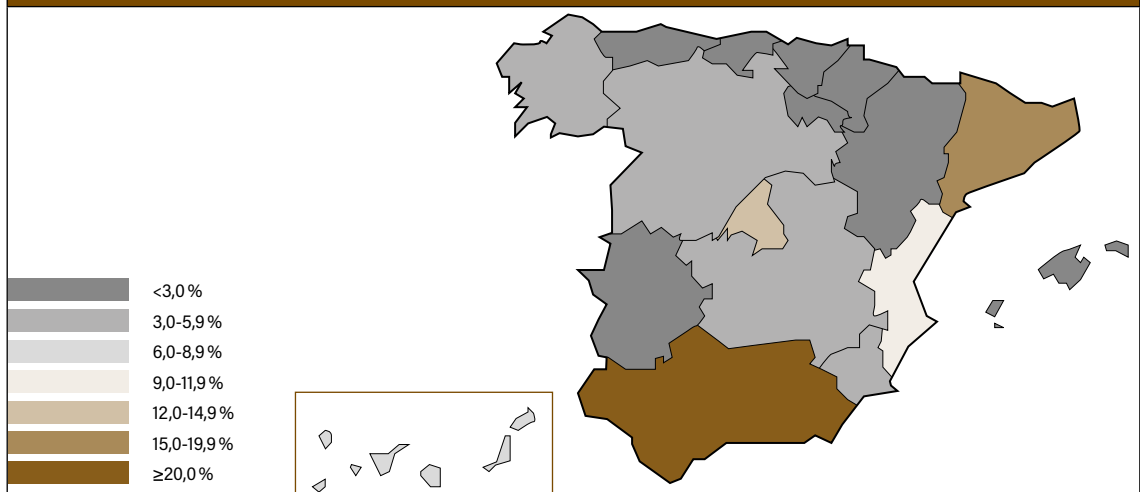
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Mapa 3. Tasa de pobreza y ausencia de bienestar EPDS por comunidades autónomas. España, 2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

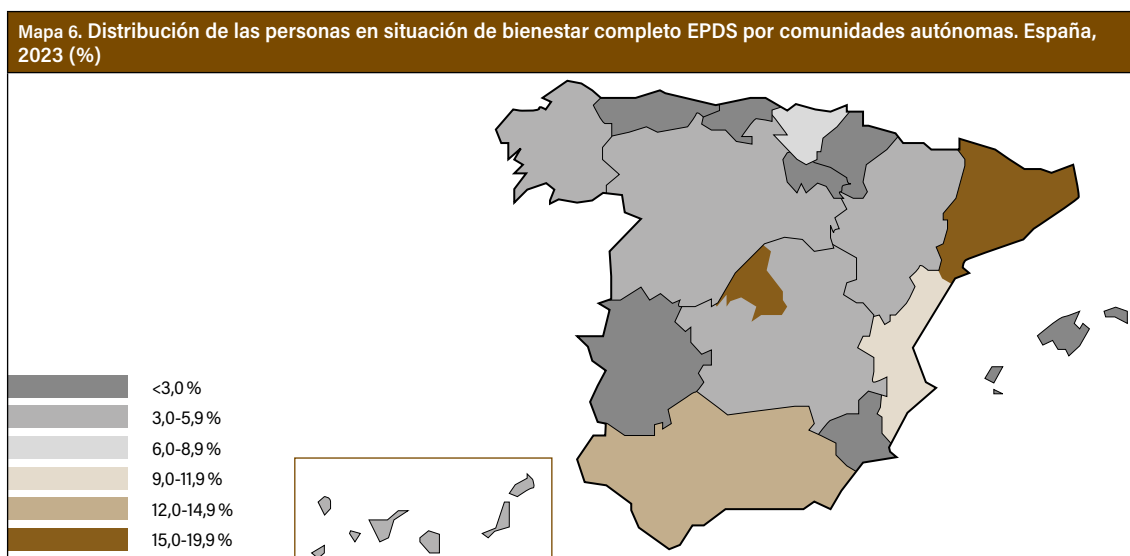
Mapa 4. Distribución de la pobreza y ausencia de bienestar EPDS por comunidades autónomas. España, 2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

4. Algunos datos relativos a la evolución de la pobreza y la precariedad encubierta en España

En las fases iniciales del desarrollo de la investigación sobre la pobreza y la precariedad económica en Euskadi, a mediados de la década de 1980, pudo comprobarse que el empobrecimiento ligado a la desindustrialización no se reflejó inicialmente en la dinámica de los hogares efectivamente constituidos (Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, 1987). Este efecto se concretó más bien en las llamadas formas de pobreza o precariedad encubierta: esto es, en las situaciones de pobreza y ausencia de bienestar que quedaban ocultas en el marco de las familias y que afectaban a las personas adultas jóvenes sin recursos suficientes para avanzar

en un proceso de emancipación del hogar de origen. Por esa razón, el análisis de la pobreza y de la precariedad encubierta es uno de los aspectos históricamente centrales en la aplicación del método EPDS. Una vez disponibles datos suficientemente consistentes, se presentan a continuación datos de evolución del fenómeno en España para el periodo 2008-2023.

La estimación de la precariedad encubierta se basa en exclusiva en datos relativos a pobreza y ausencia de bienestar de ingresos y se limita, en este informe, a la población adulta de entre 18 y 34 años. Se trata de determinar, en distintos grupos de adultos jóvenes, la parte que representan las personas que no están independizadas y que, con sus ingresos personales, vivirían en situación de pobreza o ausencia de bienestar en el caso de constituir un hogar propio

como personas solas. A los efectos señalados, se consideran personas independizadas a aquellas que han formado un hogar propio, son la persona de referencia en dicho hogar o forman parte de una pareja que vive al margen del hogar de origen.

En esta fase inicial de análisis, se contempla en lo fundamental la evolución de los datos en el conjunto de España en el periodo 2008-2023, diferenciando la situación en función de la edad (personas de 18 a 24 años y personas de 25 a 39 años). Se aportan, no obstante, algunos resultados provisionales por comunidades autónomas para el conjunto de las situaciones de precariedad encubierta.

4.1. Pobreza y precariedad encubierta en la población de 18 a 24 años

El gráfico 7 muestra la evolución de la proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 18 a 24 años para el conjunto de España entre 2008 y 2023. En lo relativo a las personas no independizadas con ingresos situados por debajo del umbral de pobreza, la proporción de personas afectadas se situaba en el 81,1% en 2008. Esta proporción no deja de aumentar con posterioridad, hasta situarse en 2016 en el 91,6%. Se observa una mejora en los años siguientes, con una leve línea descendente (salvo el repunte de 2018) hasta el 87,7% de 2020. Sin embargo, la proporción de personas afectadas vuelve a repuntar a partir de entonces, hasta llegar en 2023 al 91,5%, apenas una décima por debajo del máximo del 91,6% de 2016.

En lo relativo a las personas no independizadas con ingresos situados por debajo del umbral de ausencia de bienestar, la población de 18 a 24 años afectada se situaba en 2008 en un 88,9%, con una línea estable hasta el 88,6% de 2011. Se observa un claro repunte posterior que lleva el indicador al 93,6% en 2018. Ahí se estabiliza hasta 2018, con un 93,3%. Aunque con altibajos, en especial en 2020, a partir de entonces se observa una ligera mejora que permite situar el indicador en un 91,4% en 2021. Pero la proporción considerada repunta de forma significativa con posterioridad, hasta alcanzar un 94,3% en 2023, el valor máximo desde 2008.

Por supuesto, entre los 18 y 24 años los procesos de emancipación no están siempre en curso, dada la prolongación de los estudios en la fase universitaria de una parte relevante de la población adulta joven. De hecho, ya en 2008 la población activa dentro de ese grupo es minoritaria en la ECV, con un 45%. Las consecuencias de la crisis financiera contribuyen a acentuar la tendencia, con la caída de la proporción de personas activas hasta un 30,9% en 2016. Tras repuntar hasta el 36% en 2019, la línea descendente se intensifica, con apenas un 26,4% y un 26,9% de personas de 18 a 24 años activas en 2022 y 2023, respectivamente.

Esta evolución aconseja limitar el análisis de la precariedad encubierta a la población de 18 a 24 años

activa, con datos recogidos en el gráfico 8. En este caso, se observa que la proporción de personas no independizadas con ingresos situados por debajo del umbral de pobreza se reduce, aunque sigue resultando muy dominante, con un 68,6% en 2008. A pesar del repunte de 2010, la tendencia es ligeramente descendente hasta el 66,9% de 2011. A partir de ahí, y con la excepción de la caída de 2014, se observa un fuerte aumento de la incidencia de los ingresos situados por debajo del umbral de pobreza, que llegan a afectar a un 80,5% de la población considerada en 2016. Salvo un claro repunte en 2018, el indicador cae hasta el 70,9% en 2020. No obstante, en los años siguientes se observa un muy llamativo aumento que devuelve la proporción al 79,8% en 2023, el segundo registro más alto desde 2008, apenas algunas décimas por debajo del máximo de 2016.

Los problemas de ausencia de bienestar resultaban muy elevados en 2008, con un 85,1% de personas de 18 a 24 años activas con ingresos entonces inferiores al umbral de bienestar de ingresos y no independizadas. La tasa cae de forma relevante a partir de entonces, aunque manteniéndose en cifras muy elevadas, del 76,7%, en 2011. Salvo la clara mejora de 2014, la proporción aumenta en los años posteriores, para alcanzar un 85,3% en 2015. Tras un periodo de cierta estabilidad hasta el 86,1% de 2018, la proporción muestra una significativa línea descendente hasta el 80,5% de 2021. De ahí, repunta bruscamente hasta el 87,2% de 2022, con un 88,4% en 2023, el registro más elevado desde 2008.

Como puede comprobarse, la incidencia de la precariedad de ingresos en la población menor de 25 años no sólo es muy elevada, sino que no tiende en absoluto a reducirse a partir de 2008, a pesar de algunas fases puntuales de mejora, en especial en los años previos a la pandemia del covid.

4.2. Pobreza y precariedad encubierta en la población de 25 a 34 años

El gráfico 9 muestra la evolución de la proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 25 a 34 años, grupo que se contempla en su conjunto, dado que en estas edades los procesos de emancipación ya apenas se ven condicionados por la acción formativa. En este grupo de edad, la prevalencia de las situaciones de ausencia de independización y disposición de ingresos personales por debajo del umbral de pobreza se reduce, pero sigue siendo muy relevante. Así, en 2008 la proporción de las personas en riesgo de pobreza encubierta se situaba en un 23,1%. En este caso, no obstante, llama la atención la línea alcista prácticamente continuada que, con la excepción de las mejoras de 2009 y 2017, se consolida hasta 2018, año en el que la proporción analizada llega al 31,4%. Tras caer a un 26,7% en 2020, se retoma con posterioridad la línea alcista hasta el 30,3% de 2023, 1,1 puntos porcentuales por debajo del máximo de 2018, pero 7,2 puntos porcentuales por encima del 23,1% observado en 2008.

En este grupo de edad, la prevalencia de los problemas de ausencia de bienestar resulta muy superior. En 2008, un 35,2% de las personas de entre 25 a 34 se encontraban no independizadas y con ingresos personales inferiores al umbral de bienestar. Tras la clara mejora observada hasta 2010, con una reducción hasta el 31,9%, la proporción refleja un alza continuada hasta el 37,1% de 2015. Los años 2016 y 2017 son de cierta estabilización a la baja, con un 36,7% en el último año mencionado, pero vienen seguidos de un repunte hasta cifras de 38,5% y 38,4% en 2018 y 2019, respectivamente. Después de la mejora de 2020, con un 36,3%, la proporción vuelve a remontar hasta alcanzar en 2023 su nivel más elevado desde 2008, con un 40,6%, 5,4 puntos porcentuales por encima del 35,2% de 2008.

Los datos presentados revelan que, aunque con menor intensidad que en el grupo de 18 a 24 años y con mayor propensión a problemas ligados al bienestar, la precariedad encubierta está también muy extendida entre las personas de entre 25 y 34 años.

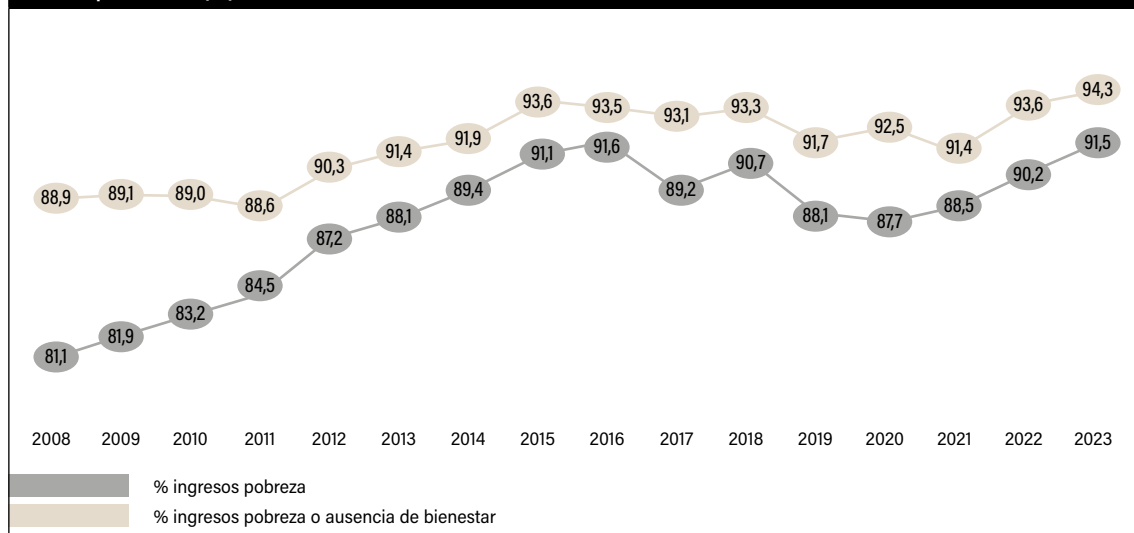
4.3. Una visión de conjunto en la población adulta joven

El gráfico 10 sintetiza los indicadores considerados para la población de 18 a 34 años que se encuentra emancipada, excluyendo sólo del análisis a las personas menores de 25 años inactivas. En este caso, el gráfico muestra que, en 2008, un 31,5% del grupo etario se encontraba no independizado y con ingresos por debajo del umbral de pobreza. Con apenas unas mejoras en 2009 y 2017, la proporción tendía al alza a partir de entonces, para situarse en un 39,8% en 2018. Tras caer de forma significativa a 34,3% en 2020, el indicador vuelve a repuntar con posterioridad hasta llegar al 38,3% en 2023. Esta proporción sólo queda por debajo, a partir de 2008, del máximo del 39,8% registrado en 2018.

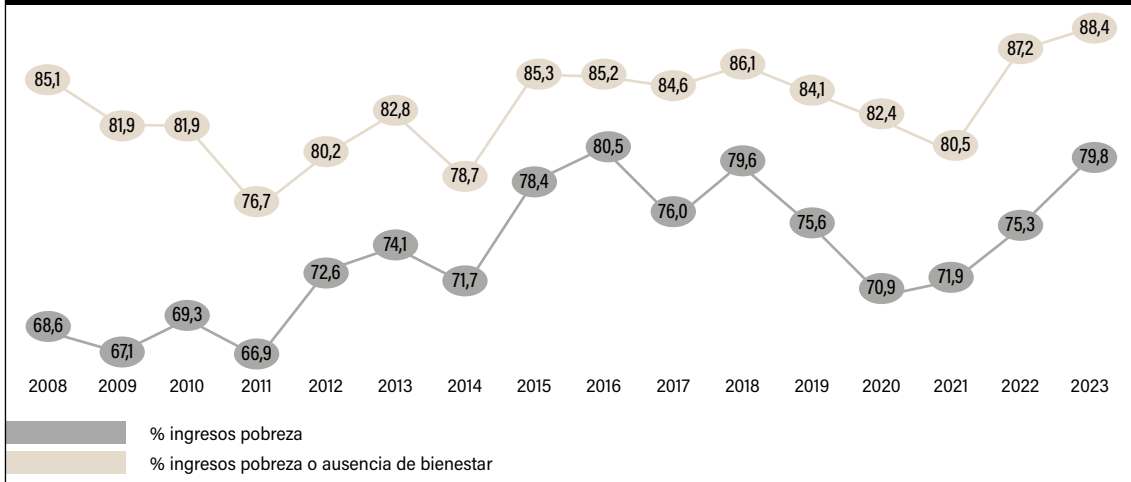
Al considerar el umbral de bienestar, en 2008 un 44,4% del grupo analizado se encontraba no independizado y con ingresos personales inferiores a dicho umbral. En este caso, el periodo hasta 2011 reflejaba cierta mejora, con un descenso de la proporción hasta el 40,5% en 2011. A partir de ahí, el indicador se muestra tendencialmente al alza, culminando en el 46,8% de 2018-2019. Los años 2020 y 2021 muestran una ligera de mejoría, cayendo la proporción de personas afectadas al 44,3%. No obstante, a partir de ahí el indicador vuelve a repuntar, para alcanzar su máximo nivel, con un 48,4%, en el año 2023, 4 puntos porcentuales por encima del registro de 2008.

El gráfico 11 y el mapa 7 muestran, para 2023, la incidencia de las situaciones de falta de independización y disponibilidad de ingresos personales de bienestar en la población de entre 18 y 34 años, por comunidades autónomas. Se observa, en este caso, la buena posición comparada de Navarra, con un 26,5% de personas afectadas. Bastante por arriba, Euskadi se sitúa en segundo lugar, con un 38,7%. Entre el 43,2% y el 45,9% se sitúan el resto de las comunidades autónomas del extremo norte español, incluyendo Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Aragón y también Cataluña y las Islas Baleares.. La proporción es de entre el 48% y el 49,7% en Castilla y León, la Comunidad Valenciana, la Región de Murcia y Canarias. Cerca de esos niveles, pero con una proporción de personas afectadas que resulta ya mayoritaria, el indicador alcanza un 50,7% en la Comunidad de Madrid. Las proporciones más elevadas corresponden a Andalucía y Extremadura, con cifras respectivas de 54,3% y 54,6%. Por encima, la proporción llega al 56,7% en la ciudad autónoma de Melilla y al 63,3% en la de Ceuta.

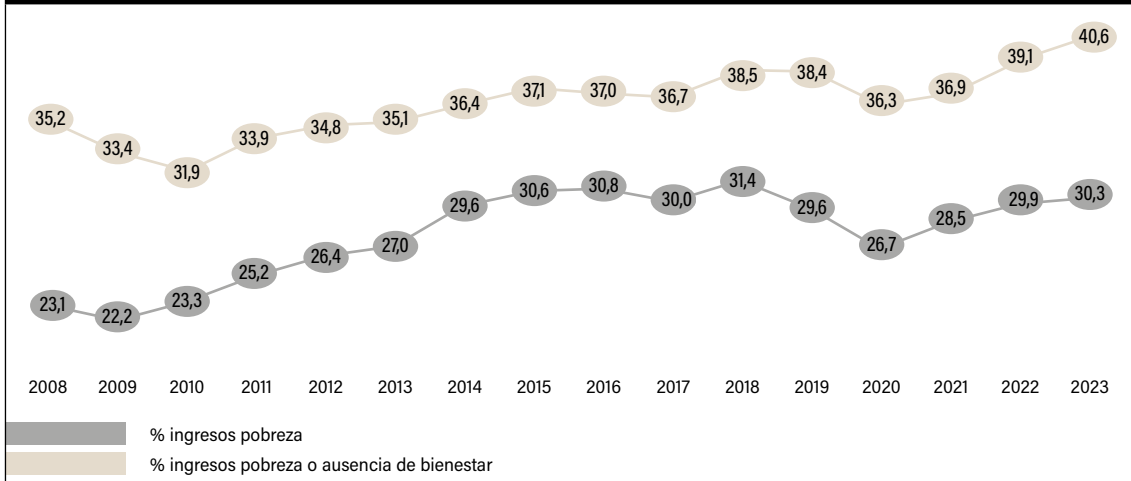
Gráfico 7. Proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 18 a 24 años. España, 2023 (%)



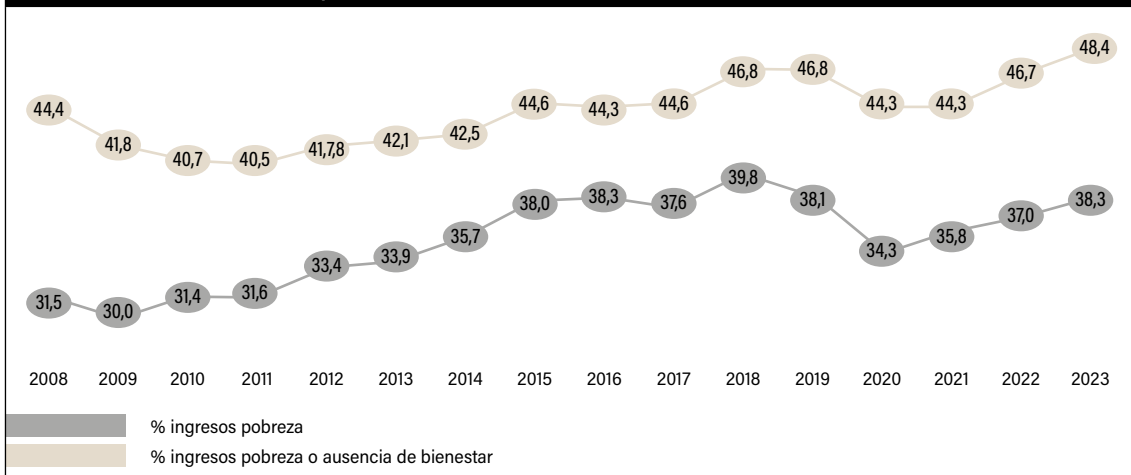
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 8. Proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 18 a 24 años activa. España, 2023 (%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

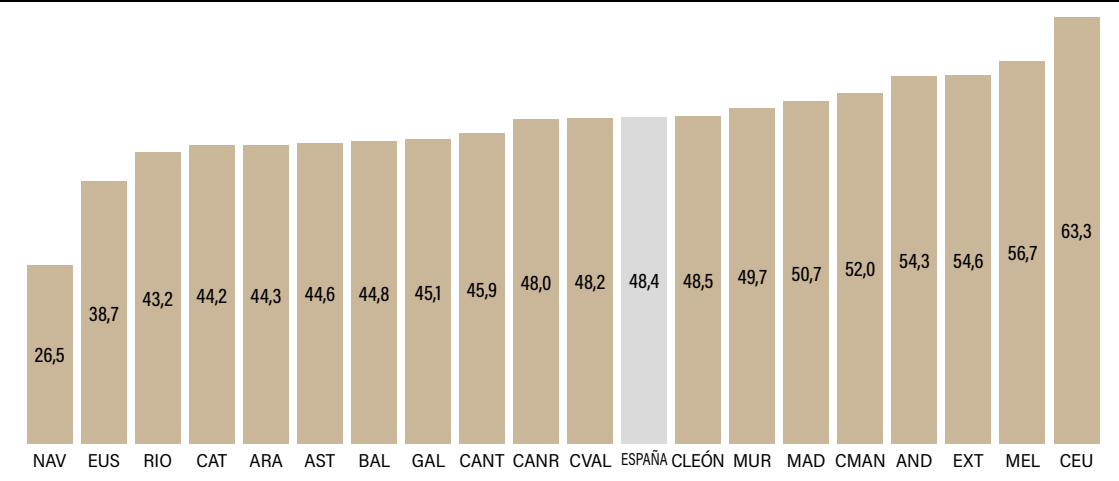
Gráfico 9. Proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 25 a 34 años. España, 2023 (%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 10. Proporción de personas no independizadas y sin recursos personales de bienestar en la población de 18 a 24 años activa o de 25 a 34 años. España, 2023 (%)

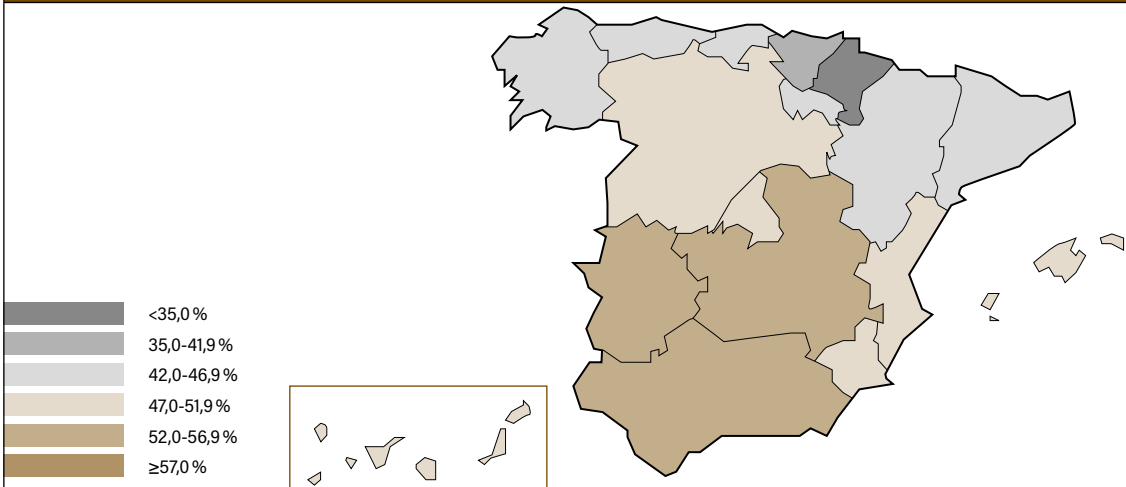
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Gráfico 11. Proporción de personas no independizadas y con recursos personales de pobreza o ausencia de bienestar en la población de 18 a 24 años activa o de 25 a 34 años, por comunidades autónomas. España, 2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Mapa 7. Proporción de personas no emancipadas y con recursos personales de pobreza o ausencia de bienestar entre la población joven, por comunidades autónomas. España, 2023 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

Referencias bibliográficas

- DELEECK, H. y VAN DEN BOSCH, K. (1990): "The measurement of poverty in a comparative context: empirical evidence and methodological evaluation of four poverty lines in seven EC-countries", en TEEKENS, R. y VAN PRAAG, B.M.S. (eds.), *Analysing poverty in the European Community: policy issues, research options and data sources*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas, <<https://op.europa.eu/s/zKQI>>.
- DEPARTAMENTO DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1987): *La pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca (avance)*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- EUROSTAT (2022): *EU Statistics on Income and Living Conditions, 2022*, s.l., Eurostat, <<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>>.
- GOEDHART, T.; HALBERSTADT, V; KAPTEYN, A. y VAN PRAAG, B. (1977): "The poverty line: concept and measurement", *The Journal of Human Resources*, vol. 12, n.º 4, pp. 503-520, <<https://doi.org/10.2307/145372>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2023): *Encuesta de Condiciones de Vida, 2022*, s.l., Instituto Nacional de Estadística, <<https://www.ine.es/uc/Y22g675Fi1>>.
- ÓRGANO ESTADÍSTICO ESPECÍFICO DEL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2020): *Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2020*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://www.euskadi.eus/documentacion/2020/informe-epds-2020/web01-s2enple/es/>>.
- SANZO GONZÁLEZ, L. (2009a): *1984-2008. 25 años de estudio de la pobreza en Euskadi*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, <<https://www.euskadi.eus/documentacion/2009/25-anos-de-estudio-de-la-pobreza-en-euskadi-1984-2008/web01-ejeduki/es/>>.
- (2009b): "El significado social de los conceptos de pobreza y ausencia de bienestar", *Zerbitzuan*, n.º 46, pp. 7-34, <<https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Significado%20social%20de%20pobreza%20y%20ausencia%20de%20bienestar.pdf>>.
- (2022): "Evolución entre 2008 y 2021 de los indicadores de pobreza/bienestar en España. Aplicación del método EPDS. Avance de resultados", *Más Allá de la Línea* [entrada de blog], 23-08-2022, <<https://masalladelalinea.wordpress.com/2022/08/23/evolucion-entre-2008-y-2021-de-los-indicadores-de-pobreza/bienestar-en-espana-aplicacion-del-metodo-epds-avance-de-resultados/>>.

La integración en una Euskadi diversa: uso del MIPEX-R para evaluar las políticas vascas

José Antonio de Oleaga Páramo

Begirune Fundazioa
jose.oleaga@begirune.eus

Irene Ruiz Ciarreta

Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración
irune.ruiz@ehu.eus

Artikulu hau Barcelona Centre for International Affairs (CIDOB) eta Migration Policy Group (MPG) erakundeek egindako REGIN-Regions for the Integration of Migrants and Refugees proiektuaren txostenean eta PIPEX-R tresnan oinarritzen da. Proiektu honek EBko zazpi herrialdeko 25 eskualdeko 61 adierazleren informazioa jaso du, eskualde horietan atzerriko immigrazioarekin lotutako gizarteratzearen gobernantza-sisteman, gobernantza-prozesuaren faseetan eta gizarteratze-prozesua deskonposatu daitekeen eremuetan izandako aurrerapenei buruz. Euskadik urteak daramatza Aniztasuna Kudeatzeko Euskal Eredua eraikitzeke lanean, eta emaitzak oso egokiak dira. Guztira 77 puntu lortu ditu (0tik 100era bitarteko eskalan), eta Vienako eskualdeak bakarrik gainditu du, puntu bat gehiago lortu baitu.

Gako-hitzak:

Immigrazioa, integrazio-politikak, ebaluazioa, MIPEX.

Este artículo se basa en el informe del Proyecto REGIN-Regions for the Integration of Migrants and Refugees y de su herramienta PIPEX-R, proyecto europeo realizado por el Barcelona Centre for International Affairs (CIDOB) y el Migration Policy Group (MPG). Este proyecto ha recogido información de 61 indicadores de 25 regiones de siete países de la UE sobre los avances en el sistema de gobernanza de la integración social relacionada con la inmigración extranjera en esas regiones, en las fases de su proceso de gobernanza y en los distintos ámbitos en los que puede descomponerse el proceso de integración social. Los resultados de Euskadi, que lleva años trabajando en la construcción de un modelo vasco de gestión de la diversidad, son muy gratificantes, pues obtiene una puntuación global de 77 puntos (en una escala de 0 a 100 puntos), solo superada por la región de Viena, que obtiene un punto más.

Palabras clave:

Inmigración, políticas de integración, evaluación, MIPEX.

1. Introducción

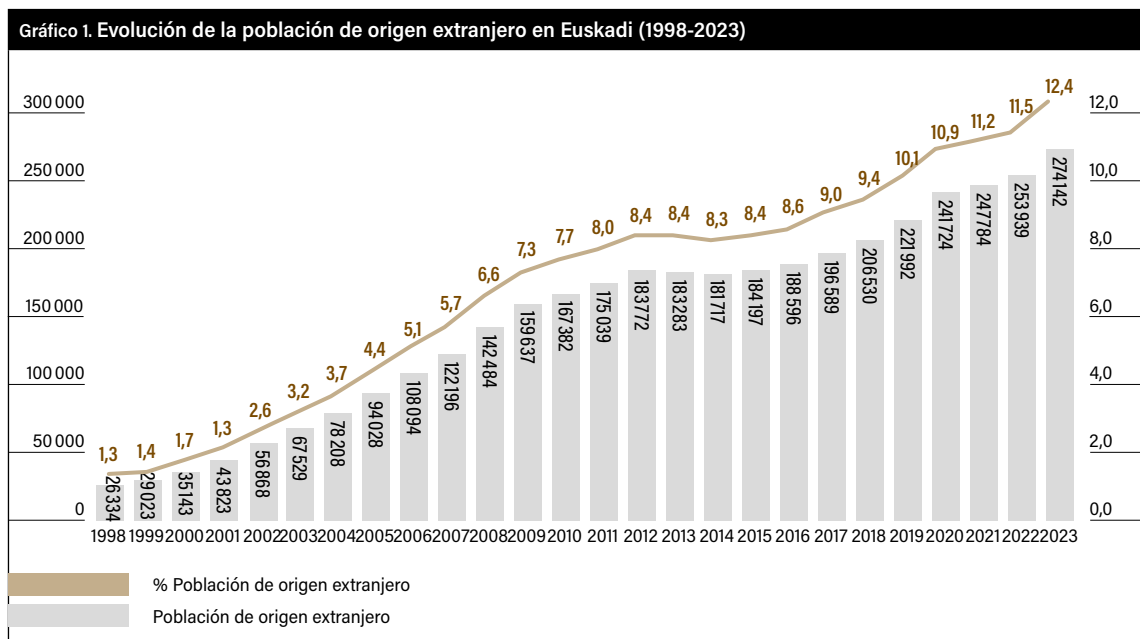
Euskadi, una sociedad siempre dinámica, abierta y diversa, ha cambiado mucho en los últimos años. Y uno de los principales factores de ello es el cambio de paradigma social: de ser una sociedad eminentemente emigrante hasta finales del siglo XIX, pasó a recibir importantes cantidades de personas provenientes de otras latitudes del Estado español y a convertirse en una sociedad fundamentalmente inmigrante. El cambio es mucho más evidente si se considera la llegada de personas de origen extranjero desde comienzos de este siglo XXI en volúmenes relevantes. Según los últimos datos publicados por Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración, a 1 de enero de 2023 en la comunidad autónoma de Euskadi residían 274 142 personas de origen extranjero (nacidas en el extranjero, independientemente de su nacionalidad actual), un 12,4% del total de la población vasca (gráfico 1).

Es importante contextualizar este dato: en 1998, en Euskadi, residían solo 26 334 personas de origen extranjero, lo que suponía en torno al 1,3% del total de la población vasca en ese momento. Es decir, el aumento ronda las 250 000 personas en un plazo de 26 años, a razón de aproximadamente 10 000 personas al año, aunque el ritmo de ese incremento no haya sido homogéneo todos estos años. En los momentos de crisis (la económica de 2008-2014 y la sanitaria de 2020-2022), se ha moderado mucho, pero en los momentos de bonanza económica y social, la llegada de personas de origen extranjero ha oscilado entre 15 000 y 20 000 personas al año.

En estos momentos, la dinámica en Euskadi es de inmigración y lo es de una manera estructural, al menos a corto y medio plazo. Esta tendencia se fundamenta en tres factores clave:

- El envejecimiento de la población vasca: la población vasca está muy envejecida y necesita sumar efectivos por la parte baja de la pirámide poblacional (aunque la distribución de población tenga más forma de barril o de copa...) que permitan mantener en cifras adecuadas el volumen de población en edad de sumarse al mercado laboral. Como no lo hace la natalidad, necesitamos, y necesitaremos en un futuro próximo, que lleguen personas de origen extranjero para incorporarse a nuestro mercado laboral.
- El desequilibrio en la estructura ocupacional del mercado laboral: además, tenemos una estructura ocupacional desequilibrada, por la alta cualificación de la población vasca y la necesidad de cubrir muchos puestos de trabajo de baja cualificación en sectores como la hostelería, el comercio, la construcción, la agricultura, la limpieza y el cuidado de personas (mayores y menores).
- La dualización del mercado laboral: el mercado laboral vasco, como ocurre con los de su entorno, muestra un alto (y creciente) grado de dualización, en el sentido de generar y precisar puestos de trabajo de baja cualificación o de alta o muy alta cualificación.

Todo ello nos lleva a afirmar que, en los próximos años, esperamos recibir en torno a 20 000 personas de origen extranjero al año, lo que para 2035, por ejemplo, nos pueda llevar a pensar que contaremos entre la sociedad vasca con alrededor de 450 000 personas de origen extranjero, lo que puede suponer en torno al 20% de la población vasca. Este escenario, muy plausible, implica que, si ya teníamos una sociedad vasca muy diversa y plural, lo va a ser mucho más en el futuro. Y va a significar un gran desafío: gestionar esta creciente diversidad cultural



Fuente: Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración (2024: 2).

en términos democráticos, es decir, en un marco de igualdad de trato y no discriminación, en un marco de estado de derecho con los mismos derechos y obligaciones para toda la población (teniendo presente que algunas personas no podrán disfrutar los mismos derechos ciudadanos mientras su nacionalidad no sea la española).

No hace falta decir que la sociedad vasca (como muchas otras de nuestro entorno europeo) tiene una tarea crucial para su futuro: gestionar nuestra diversidad cultural de manera exitosa, de forma que permita la integración de todas las personas y que facilite la participación y aportación de todas ellas a la tarea común de construcción y transformación de una sociedad vasca inclusiva, cohesionada y justa. Es decir, gestionar la cuestión de la inmigración de origen extranjero desde una perspectiva intercultural, lo que implica tener presentes sus tres principios, tal y como se recogen en el VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo del Gobierno Vasco 2022-2025:

1. Principio de igualdad de trato y no discriminación

Este principio no supone que la igualdad de trato sea una realidad empírica, en el sentido de que todas las personas seamos iguales, sino que todas las personas deben ser tratadas como iguales, a pesar de ser diferentes. Por ello, la igualdad en derechos es lo contrario al privilegio o la discriminación. Este principio, en fin, trata de que todas las personas, sean del origen que sean o tengan la nacionalidad que tengan, siendo residentes en Euskadi, tengan los mismos derechos y obligaciones (eje político) y tengan las mismas oportunidades en el ámbito social (eje social).

Se trata de un principio que emana directamente de los derechos humanos, pero que se materializa desde el punto de vista de los derechos ciudadanos o derechos de ciudadanía. Hablamos de derechos de ciudadanía de todas las personas que residen en Euskadi, de manera que todas las personas residentes en nuestro territorio, independientemente de sus características físicas, sus ideas, sus prácticas culturales, su orientación sexual, su posición económica o su origen deben tener los mismos derechos y las mismas obligaciones ciudadanas.

Este principio se inspira directamente en las directivas comunitarias aprobadas en 2000 y 2002 (Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, *DOCE*, L180, 19-07-2000; Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2001, *DOCE*, L303, 02-12-2000; y Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, *DOCE*, L296, 05-10-2002). Cuando hablamos de igualdad de trato, entendemos "la ausencia de toda discriminación, tanto directa como indirecta basada en el origen racial o étnico, o en motivos de religión, convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual".

2. Principio de respeto y derecho a la diferencia etnocultural

Dentro del interculturalismo, este principio consiste en avanzar para que todas las personas en Euskadi tengan derecho a ser diferentes y a mostrar sus diferencias en sus prácticas culturales, respetando la legalidad vigente. Se trata de extender el principio ético de respetar a la otra persona como sujeto digno de respeto y reconocimiento (eje ético), de permitir expresar su diferencia (eje jurídico) y de exigir el reconocimiento institucional de las diferencias (eje político).

No se trata de ahondar en lo distintivo entre colectivos culturalmente diversos, ni de establecer categorías sociales entre el "nosotros/as" y el "ellos/as", sino de reconocer que la sociedad vasca está compuesta por colectivos y grupos de personas con prácticas culturales diversas. También, de respetar esas diferencias culturales, siempre que se produzcan dentro de los límites del marco legislativo vigente, porque la relación dialéctica entre prácticas culturales diferentes es el motor transformador y constructor de la sociedad vasca presente y futura, más democrática, más participativa, más cohesionada, más solidaria y más equitativa.

3. Principio de la interacción positiva

En el modelo intercultural, este principio trata de ir un paso más allá del modelo multicultural y fomentar las relaciones, la interacción, la comunicación, el conocimiento mutuo, el acercamiento, la convergencia, la hibridación y la síntesis. Se trataría de difundir el conocimiento real (eje cognitivo), fomentar la empatía y la tolerancia (eje actitudinal) y construir espacios de encuentro e interacción social (eje comportamental). La interacción positiva implica que todas las personas deben poder participar de forma efectiva en la construcción del proyecto futuro de país de Euskadi.

Este principio parte de la concepción de la transformación social basada en la convivencia intercultural, entendiendo esta en el sentido más estricto que acuñaran autores como Carlos Giménez, como un espacio de encuentro interpersonal y de intercambio transformador de construcción social en el que puedan participar e intervenir todas las personas y grupos de personas de distinta condición, origen y sexo.

Este principio es el tercer componente fundamental del interculturalismo y acompaña a los principios de igualdad en los derechos de ciudadanía y de derecho a la diferencia. No basta con la igualdad real y efectiva de derechos, ni con el respeto a la identidad y derechos de todas las personas y grupos culturalmente diversos: el interculturalismo necesita "la interacción positiva en las relaciones entre sujetos individuales y colectivos culturalmente diferenciados" (Giménez, 2010: 26).

2. La tarea de avanzar en el proceso de integración social

En esta tarea transversal, tenemos que trabajar toda la ciudadanía vasca, independientemente de dónde hayamos nacido; todos los agentes sociales, independientemente de sus objetivos fundacionales, y todas las administraciones, independientemente de sus específicas competencias. Estamos hablando del proceso de integración social de todas las personas que vivimos aquí, entendiendo este en el sentido que se emplea en el texto de Godenau *et al.* (2014), donde expresamente se indica que:

El asentamiento de población inmigrante conlleva su interacción con personas autóctonas, una creciente familiaridad con las costumbres e instituciones de la sociedad de acogida, y una serie de cambios sociales que implican a unos y otros, aunque quizás en distinta medida (Schierup y Ålund, 1986, cit. en Godenau *et al.*, 2014: 10).

Porque cuando empleamos el término integración social nos referimos, tal y como expresa su significado en castellano y ya reflexionamos sobre ello en Oleaga (2020), a la acción de constituir un todo, cuando se dice de las partes, estableciendo un claro matiz, a saber, que el proceso de integración social expresa que las personas migrantes y vascas interactúan en un plano intencional de igualdad (aspiración de igualdad, aunque siempre cada cual desde su posición en la estructura de poder), para constituir un todo, la presente y futura sociedad vasca diversa e intercultural.

En esta tarea llevamos trabajando más de 20 años en Euskadi. Y son múltiples los actores y las acciones que se han ido implementando, encaminadas a potenciar los procesos de integración social y a mejorar la convivencia en nuestros pueblos, villas y ciudades. Si echamos la vista atrás y recopilamos las iniciativas que se han producido en estos últimos 25 años en Euskadi, observamos con satisfacción que han sido muchas. Sin ánimo de ser exhaustivos, porque seguro que se nos olvidan algunas, pero sí con la intención de reflejar nuestros esfuerzos como sociedad, nos gustaría citar algunas.

Empezaremos por la elaboración de planes, de inmigración, interculturales, de ciudadanía, de diversidad o de convivencia como un indicador del interés de las instituciones por abordar la cuestión de la integración social. El Gobierno Vasco ha elaborado seis planes, bajo la iniciativa de distintos partidos políticos que eran responsables del área, empezando por Esker Batua, con los dos primeros planes; siguiendo con el PSE-EE, promotor del tercero, y finalizando por el PNV, impulsor de los tres últimos:

- I Plan Vasco de Inmigración 2003-2005.
- II Plan Vasco de Inmigración 2007-2009.
- III Plan de Inmigración, Ciudadanía y Convivencia Intercultural 2011-2013.

- Estrategia Vasca por la Inmigración 2014-2016 (IV plan).
- V Plan de Actuación en el Ámbito de la Ciudadanía, Interculturalidad e Inmigración 2018-2020.
- VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo 2022-2025.

También las diputaciones han elaborado sus propios planes:

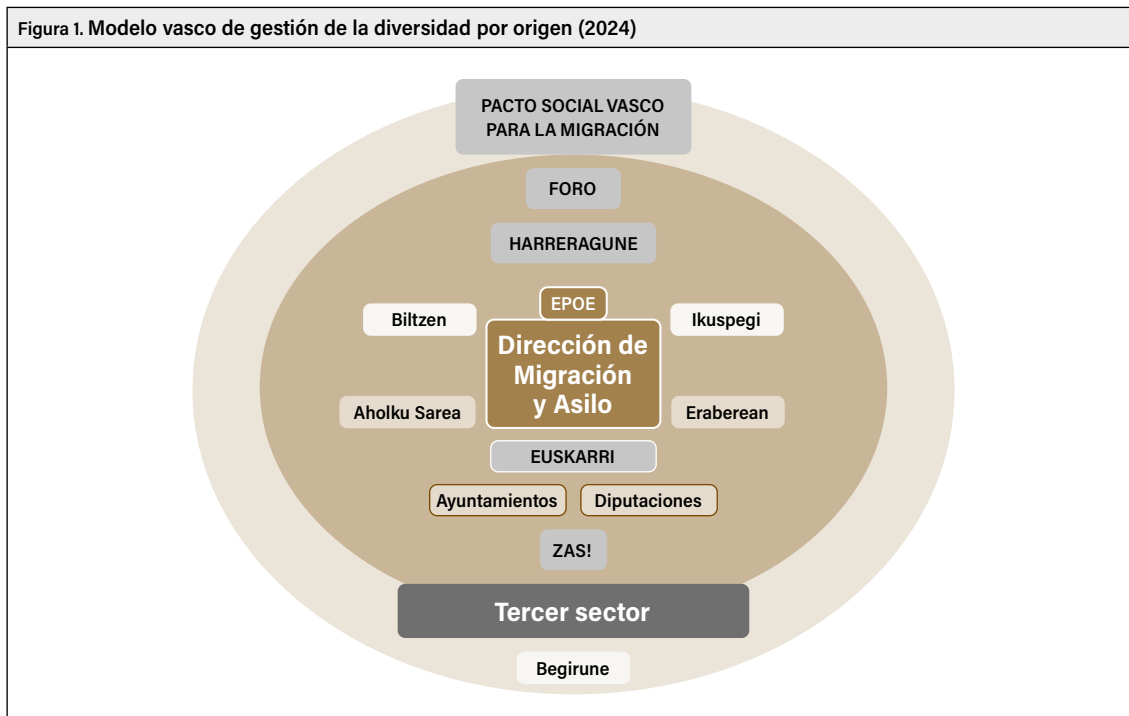
- I Plan Foral de Inmigración 2009-2012 de la Diputación de Álava.
- Estrategia para la Gestión de la Diversidad 2021-2024 (Diputación de Álava).
- Plan Foral de Convivencia en la Diversidad de la Diputación Foral de Gipuzkoa 2018-2020.
- II Plan de Convivencia en la Diversidad de la Diputación Foral de Gipuzkoa (2022).
- I Plan de Diversidad e Inclusión de la Diputación de Bizkaia 2021-2023.

Muchos ayuntamientos también se han preocupado por mejorar la convivencia de su vecindario. Entre ellos, podemos destacar (aunque se nos olvide alguno) los siguientes:

- III Plan Bilbao Ciudad Intercultural del Ayuntamiento de Bilbao.
- Plan de Convivencia y Diversidad de Vitoria-Gasteiz.
- Planes de convivencia y diversidad y protocolos de acogida de otros municipios y comarcas: Barakaldo, Basauri, Azkoitia, Hernani, Pasaia, Getxo, Tolosaldea, Eibar, Bermeo, Agurain-Salvatierra, Arrasate, Oion, Labastida, Deba, Galdakao, Amurrio, Irun, Balmaseda, Ordizia, Ermua, Errenteria, Zarautz, Leioa o Santurtzi.

Además, en Euskadi se ha ido desarrollado una tupida red de actores que trabajan de forma más o menos coordinada, pero siempre en interacción mutua. Es lo que se empieza a denominar como el modelo vasco de gestión de la diversidad, compuesto, de un lado, por la Dirección de Migración y Asilo del Gobierno Vasco, que cuenta con los equipos de Biltzen y de Ikuspegi, además de las redes Aholku Sarea y Eraberean, las tres Diputaciones y los ayuntamientos vascos (más de 50 de sus técnicos y técnicas participan en actividades conjuntas con el Gobierno Vasco y las diputaciones); y de otro, compuesto por las organizaciones y agentes sociales del tercer sector de personas de origen extranjero y de las que trabajan para las personas de origen extranjero, entre las que se encuentra Fundación Begirune. Igualmente, cuenta con la operación estadística oficial de la Encuesta de Personas de Origen Extranjero del Gobierno Vasco, y por las iniciativas más relevantes llevadas a cabo en el sector, como son el Pacto Social Vasco para la Migración, el Foro Vasco para la Migración y Asilo, la Estrategia Euskarri y la red ZASI, que describiremos brevemente.

Figura 1. Modelo vasco de gestión de la diversidad por origen (2024)



Fuente: elaboración propia.

- El Pacto Social Vasco para la Migración (2019): es un compromiso en torno a principios y valores. A él se han adherido la mayor parte de los partidos políticos, instituciones y agentes sociales como una herramienta central para la construcción de una sociedad cohesionada, plural e inclusiva, porque parte del reconocimiento de que todas las personas que residimos en Euskadi hemos de tener las mismas libertades, derechos y obligaciones. También anima a la práctica, a que quienes lo suscriben se esfuercen por aplicar esos principios y valores. Así mismo este Pacto se congratula de coincidir en el tiempo y en el espíritu con el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (2018).
- El Foro Vasco para la Migración y Asilo: la misión de este órgano plural de asesoramiento es contribuir al desarrollo de una política activa e integral en materia de migración, teniendo en cuenta también las aportaciones de las propias personas migrantes. Su objetivo, por tanto, es ofrecer un espacio de reflexión y coordinación entre los distintos agentes sociales, con la finalidad de desarrollar un trabajo más eficaz entre las partes comprometidas con la integración social de todas las personas que convivimos en Euskadi.

El Foro está compuesto por medio centenar de personas que actúan en representación de las principales instituciones públicas involucradas en las políticas migratorias, así como de sindicatos, empresariado y de organizaciones no gubernamentales y, además, de las asociaciones que representan los intereses de las personas migrantes. La estructura activa del foro la componen diez comisiones de trabajo, que se

centran en los ámbitos de la salud; la educación; la igualdad; la participación, la sensibilización y la cultura; el asilo; la acogida y la convivencia; las garantías jurídicas; la vivienda y otros recursos; el euskera y la diversidad lingüística; y, finalmente, el trabajo.

- La Estrategia Euskarri: es la respuesta institucional vasca ante el problema de las personas menores de edad y las mayores de edad hasta los 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Respuesta que se proyecta, de igual modo, para personas autóctonas y para personas extranjeras, y que persigue una incidencia específica sobre la realidad social de personas menores y jóvenes extranjeras sin acompañamiento familiar. Su objetivo es contribuir a definir y compartir un programa interinstitucional vasco de prioridades para la inserción sociolaboral de las personas menores y jóvenes en situación de vulnerabilidad. Se trata de coordinar las actuaciones de las distintas institucionales, cada una dentro de su marco competencial, en este ámbito. Implica, por tanto, la asunción de las instituciones vascas de la necesidad de articular, en el ámbito institucional, una respuesta compartida e integral a la situación de las y los menores y jóvenes citados.
- La red ZAS! es una red de agentes sociales e institucionales que desarrolla una estrategia de sensibilización social para prevenir la discriminación y la xenofobia, mejorar la convivencia y aprovechar el potencial de la diversidad cultural. ZAS! es el resultado de un proceso de convergencia de múltiples experiencias, unas surgidas en el ámbito municipal y otras, en el de las entidades sociales.

ZAS! contribuye a desmontar falsos prejuicios y estereotipos negativos hacia la inmigración, en una estrategia de largo plazo, a modo de sirimiri, que permita la generación de actitudes positivas hacia las personas de origen extranjero y dificulte la consolidación de actitudes negativas que enturbian la convivencia e impiden la interacción positiva entre las personas que residimos en Euskadi.

- Herreragune: en estos momentos, se está trabajando en el denominado modelo vasco de acogida. Se trata de una prueba piloto para establecer un protocolo de acogida de personas migrantes y refugiadas que se haga extensivo al conjunto de Euskadi para homogeneizar la respuesta y el proceso de acogida que se dispensa a las personas de origen extranjero. Esta iniciativa, impulsada por la Dirección de Migración y Asilo del Gobierno Vasco, cuenta con la apuesta decidida de Eudel-Asociación de Municipios Vascos, que ha organizado un equipo de trabajo formado fundamentalmente por personal técnico municipal para avanzar en la definición de un protocolo de acogida común en Euskadi. La idea es que la oficina de la prueba piloto de la iniciativa Herreragune se ponga en marcha en Bilbao a lo largo de 2025.

3. El Proyecto REGIN y la herramienta MIPEX-R

Ante todas estas iniciativas y trabajos, cabe formularse muchas preguntas. ¿Estamos teniendo éxito como sociedad en nuestras iniciativas? ¿Estamos bien encaminados? ¿Los esfuerzos van mejorando nuestro día a día? ¿Son eficaces nuestros planes, programas y acciones? ¿Lo podemos hacer mejor? ¿Qué están haciendo otras sociedades? ¿Cómo les va? ¿Podemos mejorar incorporando elementos de nuestros países, regiones y ciudades vecinas?

Estas mismas preguntas se las están haciendo también en otros muchos lugares de la Unión Europea, en los que igualmente se han puesto en marcha iniciativas encaminadas a mejorar los procesos de integración relacionados con procesos migratorios de personas de origen extranjero. Regions for the Integration of Migrants and Refugees (REGIN)¹ es un estudio europeo del Barcelona Centre for International Affairs (CIDOB) y del Migration Policy Group (MPG), liderado por Pasetti *et al.* (2022), que trata de dar algunas respuestas al respecto, con el desarrollo de una herramienta como el MIPEX-R, "primer conjunto de indicadores que analiza tanto las políticas como los resultados, a saber i) las políticas de integración de los migrantes y los modelos de gobernanza relacionados, y ii) los resultados de la integración de los migrantes a escala regional" (Pasetti *et al.*, 2022: 6). La herramienta "surge del reconocimiento de la necesidad de un marco de evaluación en el ámbito de la integración

de migrantes y refugiados que sea aplicable a nivel regional y que esté basado en evidencias empíricas" (Pasetti *et al.*, 2022: 1) y reúne 61 indicadores regionales de gobernanza, referidos a los elementos del sistema de gobernanza (primera dimensión analítica) y a las fases del proceso de gobernanza (segunda dimensión analítica), así como 55 indicadores regionales de resultados de las políticas de integración social en los principales ámbitos en los que descansa (tercera dimensión analítica)².

En el informe citado, estas tres dimensiones se entienden así:

1. Los elementos constitutivos de la gobernanza entendida como un sistema, siguiendo la propuesta de Pasetti (2019: 14): las acciones llevadas a cabo (políticas, medidas, programas), el conjunto de actores y relaciones implicados (individuales y colectivos, públicos y privados, internos y externos) y los recursos empleados (materiales e inmateriales).
2. Las fases de la gobernanza, entendida como un proceso: es decir, desde la definición del modelo de gobernanza hasta su puesta en práctica y posterior evaluación. Los indicadores REGIN identifican cuatro fases: i) la inicial de toma de decisiones (formulación); ii) la emisión formal de la acción/medida (elaboración de políticas); iii) la fase en la que la acción/medida se pone en práctica (aplicación); iv) la fase de control y valoración de la acción/medida implementada (evaluación).
3. La tercera dimensión analítica recoge los ámbitos políticos clave del sector de la política de integración. REGIN se centra en las áreas cubiertas por las competencias regionales. Incluye la antidiscriminación, la cultura y la religión, la educación, la salud, la vivienda, la lengua, el mercado laboral y la asistencia social.

El MIPEX-R constituye un buen acercamiento a la construcción de una "herramienta analítica que ofrezca un enfoque específico y novedoso para comparar modelos de integración regional, identificar sus puntos fuertes y débiles y destacar posibles direcciones de mejora" (Pasetti *et al.*, 2022: 6).

El proyecto al que hacemos referencia ha recogido datos de 25 regiones de siete países de la UE, de manera que ofrece información del grado de los avances en estas regiones en su sistema de gobernanza de la integración social relacionada con la inmigración extranjera, en las fases de su proceso de gobernanza y en los distintos ámbitos en los que puede descomponerse el proceso de integración social. Lo hace ofreciendo una puntuación para cada

² Además, el estudio recoge dos indicadores más, que se corresponde con las dos poblaciones destinatarias cuarta dimensión analítica): las personas de origen extranjero que no provienen de la Unión Europea y las personas beneficiarias de protección internacional. En este artículo, nos vamos a centrar en las tres primeras dimensiones que recoge el MIPEX-R

¹ <https://reginproject.eu/>.

región que se mueve entre 0 y 100 puntos. Así mismo, ofrece también puntuaciones parciales para las tres áreas estudiadas, también de 0 a 100 puntos cada una: elementos del sistema de gobernanza, fases del proceso de gobernanza y ámbitos de integración. E incluso desagrega la información, ofreciendo puntuaciones parciales, nuevamente de 0 a 100 puntos, de los indicadores que forman cada una de esas tres áreas: acciones, actores y relaciones, y recursos del sistema de gobernanza; formulación, elaboración de políticas, aplicación y evaluación del proceso de gobernanza; y ocho ámbitos de entre los principales en los que descansa la integración social (antidiscriminación, cultura y religión, educación, sanidad, vivienda, lengua, mercado laboral y asistencia social). Permite, por tanto, detectar los puntos fuertes y débiles de cada una de las regiones en las dimensiones estudiadas y permite también comparar las posiciones de una región con respecto a otras en el conjunto de todos los indicadores, en las tres áreas analíticas y en las catorce categorías que las componen.

Euskadi forma parte de este estudio y proporcionó al equipo investigador información de sus indicadores para poder evaluar la forma en la que está abordando con sus políticas el proceso de integración social de personas de origen extranjero, con una atención específica a las personas solicitantes o beneficiarias de protección internacional³.

4. Los resultados de Euskadi en el MIPEX-R

Resulta satisfactorio ver los resultados de la evaluación para nuestra comunidad autónoma: obtiene 77 puntos en conjunto, lo que supone una valoración de "notable". Pero como le diría cualquier padre o madre a su hija/o si volviera a casa con una nota similar después de un examen, también nos deja un claro margen de mejora. Debemos aspirar al sobresaliente.

Esa puntuación tiene su desagregación, tal y como hemos comentado más arriba. La ofrecemos en la tabla 1.

Observando las distintas puntuaciones, podemos destacar lo siguiente:

- En las tres dimensiones estudiadas (sistema de gobernanza, proceso de gobernanza y ámbitos de la integración social), existe un cierto equilibrio, con puntuaciones muy próximas, de entre 77 y 79 puntos.

³ La información se proporcionó en 2020, de manera que en la herramienta MIPEX-R ofrece puntuaciones sobre las políticas que se habían implementado o se habían puesto en marcha hasta ese momento. Desde entonces, se han puesto en marcha más iniciativas en Euskadi, pero en este estudio se evalúan solo las existentes hasta marzo de 2020.

Tabla 1. Puntuaciones de Euskadi en la herramienta MIPEX-R

Indicadores: dimensiones	Indicadores parciales	Puntos
Sistema de gobernanza: 79 puntos	Acciones	80
	Actores y relaciones	56
	Recursos	100
Proceso de gobernanza: 77 puntos	Formulación	81
	Elaboración de políticas	77
	Aplicación	88
	Evaluación	63
Ámbitos de la integración: 77 puntos	Antidiscriminación	100
	Cultura y religión	100
	Educación	71
	Sanidad	100
	Vivienda	50
	Lengua	86
	Mercado laboral	100
	Asistencia social	33
Total:		77

Fuente: elaboración a partir de Pasetti *et al.* (2022).

- En la dimensión del sistema de gobernanza, destacan dos puntuaciones muy positivas, las correspondientes a las acciones (80 puntos) y a los recursos (100 puntos), pero también destaca la baja puntuación en actores y relaciones (56 puntos).
- En la dimensión del proceso de gobernanza, destacan positivamente tres de las puntuaciones parciales, correspondientes a la formulación (81 puntos), a la elaboración de políticas (77 puntos) y a su aplicación (88 puntos), pero la cuestión de la evaluación tiene un amplio margen de mejora, con una puntuación mediocre (63 puntos).
- En la dimensión de los ámbitos de la integración social, destacan positivamente las puntuaciones obtenidas en los ítems antidiscriminación (100 puntos), cultura y religión (100 puntos), educación (71 puntos), sanidad (100 puntos) y lengua (86 puntos). Sin embargo, dejan mucho que desear las puntuaciones obtenidas en vivienda (50 puntos) y asistencia social (33 puntos).

Un análisis pormenorizado y exhaustivo del cuestionario de la herramienta MIPEX-R nos puede dar pistas de por qué Euskadi obtiene puntuaciones medias o bajas en el indicador de actores y relaciones del sistema de gobernanza (56 puntos), en el de evaluación del proceso de gobernanza (63 puntos) y en los indicadores de vivienda (50 puntos) y de seguridad social y asistencial (33 puntos) de los ámbitos de integración social.

En relación con el indicador de actores y relaciones, los espacios de mejora se refieren, entre otros, a disponer en la estructura administrativa de la región de un organismo/unidad dedicado específicamente

a la integración de las personas inmigrantes (la puesta en marcha del modelo vasco de acogida Harreragune, ahora en prueba piloto, mejoraría este aspecto) y a tener relaciones formales de cooperación y trabajo con otras regiones en el ámbito de los procesos de inmigración.

Con respecto al indicador de evaluación en el proceso de gobernanza, uno de los aspectos que podrían mejorar la posición de Euskadi en el índice sería recoger, reunir y sintetizar información y datos para supervisar el uso de los distintos servicios (educación, salud, vivienda, renta de garantía de ingresos, recursos culturales, deportivos) por parte de las personas inmigrantes, para asegurar su acceso efectivo.

En relación con el indicador de vivienda de la dimensión de los ámbitos de integración social, la baja puntuación puede deberse, además de a otros indicadores, a dos motivos:

1. Uno de los ítems de esta área se formuló así: "independientemente de las competencias de la región en este ámbito, señale las acciones que la región ha emprendido para favorecer el acceso de los inmigrantes al mercado de la vivienda: prestación de ayuda específica en especie (vivienda pública específica)". Y en nuestra comunidad no se promueve vivienda pública específica (ni creo que haya que hacerlo) para personas migrantes, aunque tienen acceso a la vivienda pública en las mismas condiciones que las personas autóctonas.
2. Porque no se abordan las situaciones de segregación mediante la elaboración de perfiles territoriales (cartografiando la presencia de refugiados/migrantes/desplazados internos, la pobreza, el parque inmobiliario, la conectividad o la vulnerabilidad a las catástrofes), mejorando la calidad del espacio urbano (planificación de barrios, transportes, prestación de servicios), ámbito este de clara mejora en la actuación de las Administraciones.

Finalmente, en relación con el indicador de seguridad social y asistencial de la dimensión de los ámbitos de integración social, da la impresión de que la baja puntuación obtenida por Euskadi tiene más que ver con la formulación de los ítems de la herramienta MIPEX-R y con la forma de depuración de los datos que con la situación real que se da en nuestra comunidad. Uno de los ítems en los que se basa este indicador está formulado así: "independientemente de las competencias de la región en este ámbito, ¿adoptan las regiones medidas adicionales para garantizar el acceso a: prestación de desempleo, pensión por edad, prestación por invalidez, permiso de maternidad/paternidad, prestación familiar, asistencia social, etc.". Evidentemente, las personas de origen extranjero residentes en Euskadi en situación administrativa regular (ya sea en la categoría de migrantes o de solicitantes de asilo) están en la misma situación que las personas nacidas en nuestra comunidad y tienen derecho a acceder a estos

servicios/derechos en las mismas condiciones, pero no existen "medidas adicionales para las personas migrantes". En este indicador, ante la duda, no se recogió esa información.

El proyecto REGIN y la herramienta MIPEX-R también ofrece las puntuaciones completas que obtienen las 25 regiones europeas estudiadas, de manera que podemos comparar y contextualizar las puntuaciones que ha obtenido Euskadi en los tres niveles, en conjunto, en cada dimensión y en cada indicador parcial:

- En conjunto, en las tres dimensiones de las que se recoge información, Euskadi obtiene, como ya hemos adelantado, 77 puntos, solo superada por Viena, que obtiene 78.
- En la dimensión que recoge los avances del sistema de gobernanza para gestionar el proceso de integración social, Euskadi obtiene 79 puntos, solo por detrás de Lisboa, que obtiene 82.
- En la dimensión que recoge los avances en las fases del proceso de gobernanza, Euskadi obtiene 77 puntos, solo superada por Lisboa, con 81, y por Viena, con 78.
- Finalmente, en la dimensión que recoge los esfuerzos y trabajos en los principales ámbitos en los que se apoya y descansa el proceso de integración social en el que se ven involucradas las personas de origen extranjero, Euskadi obtiene también 77 puntos y lidera este aspecto junto con Viena, que obtiene el mismo resultado.

Si nos fijamos en las cuatro áreas en las que hemos detectado amplio margen de mejora, las posiciones de Euskadi son menos positivas:

- En relación con los actores y las relaciones del sistema de gobernanza, aspecto en el que Euskadi obtiene, como ya hemos comentado, 56 puntos, hay diez regiones que obtienen peor puntuación y catorce que superan la puntuación de Euskadi, siendo la puntuación más alta los 91 puntos obtenidos por Lisboa.
- En relación con la evaluación del proceso de gobernanza, aspecto en el que Euskadi obtiene, como ya hemos comentado, 63 puntos, hay diecisiete regiones que obtienen peor puntuación, una región con la misma puntuación y seis regiones que obtienen mayor puntuación. En este aspecto, la puntuación más alta la obtienen las regiones de Emilia-Romaña y Tirol, ambas con 88 puntos.
- En relación con la vivienda como uno de los principales ámbitos en los que descansa la integración social, en el cual Euskadi obtiene una puntuación de 50 puntos, como ya hemos señalado, hay quince regiones que obtienen peor puntuación, dos que obtienen la misma y siete que la superan. En este aspecto, la puntuación más alta la obtiene Viena, que alcanza los 100 puntos.
- En relación con la asistencia social como otro de los principales ámbitos en los que descansa

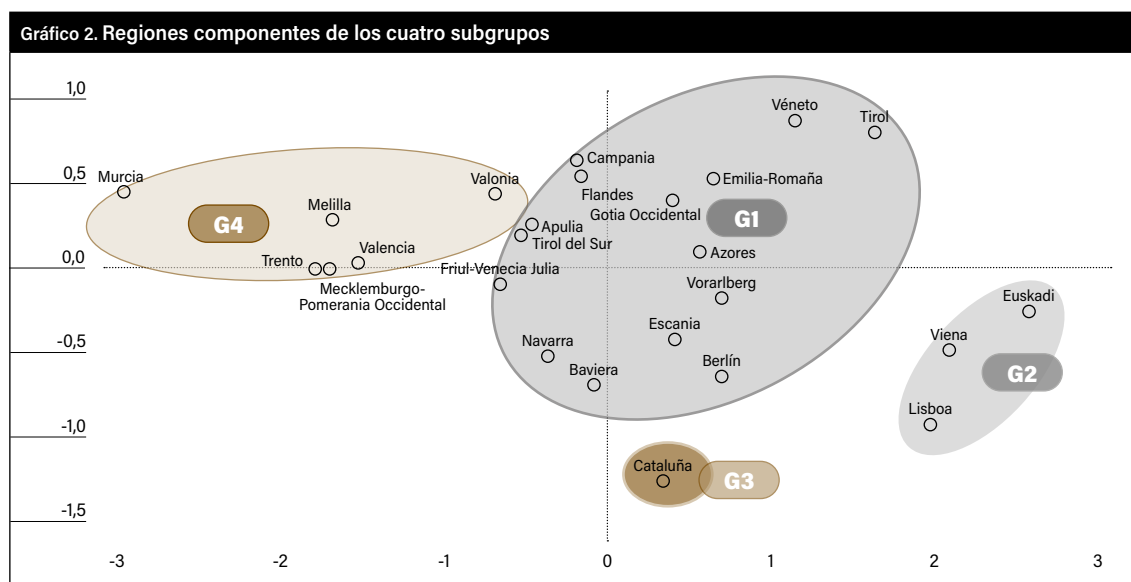
la integración social, en el cual Euskadi obtiene una puntuación de 33 puntos, como ya hemos señalado, hay cinco regiones que obtienen peor puntuación y diecinueve que superan la obtenida en Euskadi. En este aspecto, la puntuación más alta la obtiene Esania, que alcanza los 94 puntos.

El análisis pormenorizado de los quince indicadores individuales nos ha proporcionado información muy valiosa para conocer los puntos fuertes de las políticas de integración social que se han puesto en marcha en Euskadi, para detectar sus áreas de mejora o sus puntos débiles y para situar a nuestra comunidad en comparación con las otras 24 regiones de la UE que forman parte del estudio. Pero ¿no podríamos tener una visión de conjunto? O, dicho de otra manera, ¿podemos clasificar a las 25 regiones en subgrupos de países con características comunes que describan de manera más sencilla la comparación general de todas ellas? Así, veríamos también en qué subgrupo se ubicaría Euskadi, con qué otras regiones comparte características y cuáles son esas características diferenciales.

Para obtener esos subgrupos hemos aplicado una serie de técnicas multivariantes de clasificación en cadena: en primer lugar, hemos aplicado un análisis de clasificación jerárquico (análisis clúster) a la base de datos del MIPEX-R proporcionada por el propio proyecto REGIN; seguidamente, hemos aplicado un

análisis de clasificación no jerárquico de *k*-medias; finalmente, a la matriz de distancias de las 25 regiones que hemos obtenido del primer análisis le hemos aplicado un análisis multivariante de reducción de datos o factorial de escalamiento multidimensional (EMD). Con las dos primeras técnicas, hemos obtenido una hipótesis plausible de clasificación de las 25 regiones en *n* subgrupos; con la última de las técnicas, hemos construido un espacio métrico en el que hemos representado las distancias de todas las regiones con todas, como instrumento de decisión final del número de subgrupos a conservar.

Los análisis clúster y *k*-media nos han proporcionado una solución de cuatro subgrupos en los que clasificar las 25 regiones. Este número de segmentos es el que mejor responde a los objetivos y requisitos de estas técnicas: conseguir subgrupos de regiones con suficiente homogeneidad intragrupo (que los componentes de cada uno compartan características, que se parezcan en los valores que obtienen en los quince indicadores) y establecer subgrupos con suficiente heterogeneidad intergrupos (que los subgrupos resultantes sean distintos, que tengan valores dispares en los quince indicadores). La aplicación del análisis factorial del escalamiento multidimensional corrobora esta clasificación y nos proporciona un espacio métrico en el que hemos podido representar la matriz de distancias obtenida del análisis clúster (gráfico 2)⁴.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MIPEX-R.

4 El escalamiento multidimensional nos proporciona los siguientes tres indicadores de bondad de ajuste para una solución gráfica que representa 25 estímulos en un espacio métrico formado por dos dimensiones: *s*-stress de Young (0,21966); *stress* de Kruskal (0,19540) y RSQ (0,85151). Como podemos comprobar, los valores de ambos *stress* son bajos (próximos a 0); en todo caso, lejos de las propuestas de *stress* máximo tolerable para una solución de 25 estímulos en dos dimensiones de Kruskal (en torno a 0,21) y de Spence y Oglive (en torno a 0,32). El valor de la correlación múltiple al cuadrado (RSQ) es alto, próximo a 1. Y el diagrama de Shepard, que representa las distancias frente a las disparidades, adopta claramente una función creciente (no lo incluimos para simplificar la lectura del artículo).

La composición de los cuatro grupos es la siguiente:

- G1 está compuesto por quince regiones: Azores (POR), Navarra (SPA), Campania (ITA), Apulia (ITA), Emilia-Romaña (ITA), Friul-Venecia Julia (ITA), Tiro del Sur (ITA), Véneto (ITA), Escania (SWE), Gotia Occidental (SWE), Baviera (GER), Berlín (GER), Tiro (AUS), Vorarlberg (AUS) y Flandes (BEL).
- G2 está compuesto por tres regiones: Lisboa (POR), Euskadi (SPA) y Viena (AUS).
- G3 está compuesto por una sola región: Cataluña (SPA).
- G4 está compuesto por seis regiones: Melilla (SPA), Murcia (SPA), Valencia (SPA), Trento (ITA), Mecklemburgo-Pomerania Occidental (GER) y Valonia (BEL).

Los grupos tienen valores distintos en la mayoría de los quince indicadores. En la tabla 2 podemos analizarlos. Se trata de la tabla de los centros finales de los grupos que hemos obtenido de la aplicación del análisis multivariante de *k*-medias.

Tabla 2. Puntuaciones de los cuatro subgrupos

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Acciones	54,87	76,33	65,00	24,67
Actores y relaciones	61,73	75,67	66,00	32,33
Recursos	55,47	83,33	54,00	35,00
Formulación	64,07	85,33	41,00	25,17
Elaboración de políticas	55,20	76,00	71,00	26,33
Aplicación	57,13	86,00	59,00	31,67
Evaluación	49,73	67,00	50,00	18,67
Antidiscriminación	60,33	58,67	25,00	12,67
Cultura y religión	44,40	96,00	100,00	35,83
Educación	58,00	59,33	71,00	40,33
Salud	66,93	77,00	88,00	56,50
Vivienda	37,00	75,00	0,00	6,33
Mercado laboral	39,00	78,67	14,00	16,67
Lengua	36,13	91,67	100,00	20,83
Seguridad social y asistencial	56,87	56,67	89,00	32,83

Fuente: elaboración propia a partir de datos de MIPEX-R.

Los valores de la tabla 2 son las puntuaciones medias resultantes de las regiones que componen cada uno de esos subgrupos. En el caso del G3, formado únicamente por Cataluña (SPA), las puntuaciones son los valores directos que ha obtenido esa región en los quince indicadores.

Las características diferenciales de estos grupos son las siguientes:

- G1, representado por Navarra (SPA) y otras catorce regiones: se trata de un grupo de regiones que presentan puntuaciones intermedias (entre los 30 y los 60 puntos) prácticamente en todos los indicadores que recoge el MIPEX-R.

- G2, representado por Euskadi (SPA) y otras dos regiones: se trata de un grupo de regiones que obtiene las puntuaciones más altas en todos los indicadores de evaluación del sistema de gobernanza y del proceso de gobernanza. También presenta valores entre los más altos en la evaluación de los ámbitos de la integración social, si exceptuamos el ámbito de la antidiscriminación (el G1 presenta un valor ligeramente superior), el de la cultura y religión (el G3 le supera por poco), el de la educación (también el G3 por delante), la salud (el G3 le supera nuevamente), la lengua (el G3 es ligeramente superior) y la seguridad social y asistencial (nuevamente, el G3 presenta un valor superior).
- G3, representado y formado únicamente por Cataluña (SPA): se trata de una región con valores atípicos y muy poco equilibrados, pues presenta altas puntuaciones en algunos indicadores y muy bajas en otros, lo que le aleja de los otros tres grupos de regiones. En la evaluación de los aspectos de gobernanza se puede equiparar a las regiones del G1; sin embargo, en la evaluación de los ámbitos de integración social, en unos indicadores con altos valores se acerca al G2 (cultura y religión, educación, salud, lengua y seguridad social y asistencial) y en otros presenta puntuaciones muy bajas y se acerca mucho más al G4 (antidiscriminación, vivienda y mercado laboral).
- G4, representado por Melilla (SPA): se trata de una región con las puntuaciones más bajas en prácticamente todos los indicadores. En los relacionados con la gobernanza, las puntuaciones no alcanzan en ningún caso los 40 puntos; en los correspondientes a la evaluación de los ámbitos de la integración social, solo la educación y la salud superan esa cifra, pero sin llegar, en ningún caso, a superar los 60 puntos.

Finalmente, cabe añadir que el análisis de varianza, que compara las puntuaciones de los cuatro grupos en los quince indicadores, nos indica que, por un lado, existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos en la evaluación del sistema de gobernanza y del proceso de gobernanza entre sus correspondientes puntuaciones; y por otro, que no se producen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ámbitos de la integración social de la educación (*sig.* = 0,317), la salud (*sig.* = 0,387) y la seguridad social y asistencial (*sig.* = 0,058). En los demás ámbitos, las diferencias entre los cuatro grupos también son estadísticamente significativas.

5. Conclusiones

Del presente estudio, podemos extraer dos tipos de conclusiones, unas metodológicas y otras de contenido. Las metodológicas se resumen en dos cuestiones que el propio proyecto y sus responsables ya recogen en su informe. Por un lado, el proceso de

cumplimentación del cuestionario y sus indicadores debe ser más sistemático, exhaustivo y concienzudo. Se hace necesario un mayor esfuerzo en la explicitación del contenido de los ítems, para evitar la falta de información que se ha producido en algunos casos. Por otro lado, la herramienta debe mejorar en el proceso de supervisión de los cuestionarios recogidos, de manera que la información obtenida sea contrastada y se evite la falta de información en algunos de los indicadores e ítems.

Las de contenido se refieren fundamentalmente a la puntuación que obtiene Euskadi (dimensión evaluativa) y a la situación en relación con las otras regiones del estudio (dimensión comparativa). La puntuación de Euskadi es alta (77 puntos), lo que indica que vamos por el buen camino en la gestación de un modelo vasco de gestión de la diversidad por origen, aunque la propia puntuación nos indica que tenemos margen de mejora en la construcción de un sistema de gobernanza que responda adecuadamente a las necesidades de un proceso social tan complejo y relevante como son las migraciones, en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas y en su

aplicación en las distintas dimensiones que componen el proceso de integración social de todas las personas que formamos parte de la sociedad vasca.

Finalmente, como espacios concretos de mejora derivados del análisis de la herramienta MIPEX-R, podemos citar los siguientes:

- Mejorar las relaciones con regiones limítrofes en la gestión de la diversidad cultural, potenciar el acceso de las personas migrantes a la participación efectiva en órganos de dirección y potenciar la presencia social de las personas migrantes en todos los órdenes de la vida social: en la participación política, en la participación social o en el reconocimiento político.
- Mejorar en el conocimiento del acceso efectivo de las personas de origen extranjero a los derechos y servicios en pie de igualdad con las personas autóctonas, con el objeto de detectar y corregir potenciales situaciones de discriminación en el acceso a la vivienda, al empleo o a prestaciones sociales.

Bibliografía referenciada

- CACHÓN RODRÍGUEZ, L. y AYSA-LASTRA, M. (eds.) (2019): *El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Un modelo para armar*, Barcelona, Editorial Hacer.
- GIMÉNEZ, C. (2010): *El interculturalismo: propuesta conceptual y aplicaciones prácticas*, Zarautz, Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración, <https://www.ikuspegi.eu/documentos/investigaciones/2010ikuspegi_cuaderno2cas.pdf>.
- GODENAU, D.; RINKEN, S.; MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, A. y MORENO, (2014): *La integración de los inmigrantes en España. Una propuesta de medición a escala regional*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IKUSPEGI-OBSERVATORIO VASCO DE INMIGRACIÓN (2024): *Población de origen extranjero en la CAE 2023*, serie Panorámicas, n.º 91. s.l., Ikuspegi, <<https://www.ikuspegi.eu/es/migracion-y-asilo/panoramicas/ver/panoramica-91/197/>>.
- OLEAGA, J. A. (2020): *Índice sintético de inclusión e integración: un instrumento para el diseño de políticas públicas*, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, <https://www.ikuspegi.eu/files/publicaciones/176_3.pdf>.
- PASETTI, F. (2019): *Measuring good migration governance in turbulent times, a critical state of the art*, serie ADMIGOV Deliverables, n.º 71, Barcelona, CIDOB.
- PASETTI, F.; CONTE, C.; SOLANO, G.; DEODATI, S. y CUMELLA DE MONTSERRAT, C. (2022): *Migrant integration governance and outcomes in 25 EU regions: the MIPEX-R comparative análisis*, serie REGIN, n.º D3.3, Barcelona, Centre for International Affairs y Migrant Policy Group, <https://migrant-integration.ec.europa.eu/library-document/mipex-r-migrant-integration-governance-and-outcomes-25-eu-regions_en>.

Legislación

- UNIÓN EUROPEA (2000a): "Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico", *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, L 180/22, 19-07-2000, <<http://data.europa.eu/eli/dir/2000/43/oj/spa/>>.
- (2000b): "Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación", *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, L 303/16, 02-12-2000, <<http://data.europa.eu/eli/dir/2000/78/oj/spa/>>.
- (2002): "Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo", *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, L 269/15, 05/10/2002, <<http://data.europa.eu/eli/dir/2002/73/oj/spa/>>.

Planes y estrategias de convivencia/diversidad y protocolos de acogida, por entidad impulsora

- Ayuntamiento de Agurain-Salvatierra: <<https://agurain.eus/es/servicios-municipales/convivencia-diversidad/>>.
- Ayuntamiento de Arrasate: <https://www.arrasate.eus/es/files/servicios-sociales/2024/arrasateko-bizikidetza-eta-aniztasuna-ii-plana-_cas.pdf>.

- Ayuntamiento de Azkoitia: <<https://azkoitia.eus/es/ayuntamiento/departamentos/bienestar-social/migracion/>>.
- Ayuntamiento de Balmaseda: <<http://bideaeginez.org/wp-content/uploads/2017/09/II-PLAN-INMIGRACIONGESTION-ESPACIOS-INTERCULTURALES-Y-ACOGIDA.pdf>>.
- Ayuntamiento de Barakaldo: <<https://www.barakaldo.eus/portal/es/web/inmigracion/>>.
- Ayuntamiento de Basauri: <<https://www.basauri.eus/es/areas-tematicas-ciudadania/basauri-intercultural/>>.
- Ayuntamiento de Bermeo: <<https://gizarteongizatea.bermeo.eus/cas/Plan-Inmigracion-Bermeo.pdf>>.
- Ayuntamiento de Bilbao: <https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279162648954&language=es&pageid=1279162648954&pagename=Bilbaonet%2FPAGE%2FBIO_contenidoFinal>.
- Ayuntamiento de Deba: <<https://www.ikuspegi.eus/es/centro-de-documentacion/ver/debako-2022-2025-kulturarteko-bizikidetzarako-plana/3394/>>.
- Ayuntamiento de Oyón-Oion: <<https://ayuntamientodeoyon.com/es/info/el-municipio/convivencia-y-participacion.html>>.
- Ayuntamiento de Eibar: <<https://www.eibar.eus/es/ayuntamiento/areas/servicios-sociales-1/andretxea/>>.
- Ayuntamiento de Ermua: <<https://www.ermua.eus/es/inmigracion-cooperacion-internacional/>>.
- Ayuntamiento de Errenteria: <<https://errenteria.eus/es/ayuntamiento/diversidad/diversidad/diversidad-cultural-presentacion/>>.
- Ayuntamiento de Galdakao: <<https://www.galdakao.eus/ampliar/el-ayuntamiento-de-galdakao-presenta-el-plan-de-inmigracion-y-convivencia-con-el-objetivo-de-promover-la-convivencia-ciudadana/2000091/2071/>>.
- Ayuntamiento de Getxo: <<https://www.getxo.eus/es/cohesion-social/home-inmigracion-interculturalidad/>>.
- Ayuntamiento de Hernani: <<https://www.hernani.eus/es/kulturartekotasuna1/>>.
- Ayuntamiento de Irun: <<https://www.irun.org/es/servicios-sociales/interculturalidad-e-inmigracion>>.
- Ayuntamiento de Leioa: <https://leioa.net/es/vive_la_ciudad/inmigracion-interculturalidad/Inmigraci%C3%B3n+e+Interculturalidad.html>.
- Ayuntamiento de Ordizia: <https://www.ordizia.eus/images/l_plan_de_diversidad_cultural_y_convivencia_de_ordizia_2022-2024.pdf>.
- Ayuntamiento de Pasaia: <<https://www.pasaia.eus/es/migracion/>>.
- Ayuntamiento de Santurtzi: <<https://www.santurtzi.net/es-ES/organizacion-municipal-transparencia/tablonanuncios/ayuntamiento/Paginas/20230210-anuncio-010210-3466.aspx>>.
- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz: <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?idioma=es&uid=u12aa3e5_1576eff20cf__7e6c>.
- Ayuntamiento de Zarautz: <<https://www.zarautz.eus/es/-/kultur-aniztasuna/>>.
- Diputación Foral de Álava: <<https://web.araba.eus/es/interculturalidad/estrategia-foral-gestion-diversidad/>>.
- Diputación Foral de Bizkaia: <<https://www.bizkaia.eus/es/tema-detalle/-/edukia/dt/12219>>.
- Diputación Foral de Gipuzkoa: <<https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizaeskubideak/ii-plan-diversidad>>.
- Gobierno Vasco: <<https://www.euskadi.eus/planes-estrategicos-inmigrantes/web01-a2migra/es/>>.
- Tolosaldea Garatzen: <<https://www.tolosaldeagaratzen.eus/es/departamentos/diversidad/>>.

Jokabide suizida eta nahita egindako autolesioak: Espainiako gazteen egoitza-harrerarako erronka handia*

Alexander Muela

Psikologia Klinikoa eta Osasunaren Psikologia eta Ikerketa Metodologia, Psikologia Fakultatea, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU)
alexander.muela@ehu.es

Jon García-Ormaza

Biobizkaia Institutua; Zamudioko Ospitalea; Neurozientzien Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU)
jon.garciaormaza@osakidetza.eus

Eneko Sansinenea

Psikologia Klinikoa eta Osasunaren Psikologia eta Ikerketa Metodologia, Psikologia Fakultatea, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU)
eneko.sansinenea@ehu.es

Azterlan honen helburua Espainian egoitza-harreran zeuden gazteen artean jokabide suiziden eta nahita egindako autolesioen eragina ezaugarritzea eta zehaztea izan zen, eta arreta zuzeneko profesionalak suizidio-arriskua igartzeari eta kudeatzeari buruz hautemandako ezagutza eta gaitasuna aztertzea. Lagina 12 eta 18 urte bitarteko 185 nerabek eta zuzeneko arretako 225 profesionalak osatu zuten eta zuzeneko arretako 225 profesionalak osatu zuten. Jokabide suiziden tasa handia ikusi zen eta pentsamendu suizidak zituzten gazteen heren batek baino ez zuen laguntza bilatu. Nerabeen laginaren erdiak borondate propioz bere burua zauritu zuen. Zuzeneko arretako profesionalen artean, suizidio-arriskuko jokabideak igartzeari eta kudeatzeari buruzko ezagutza falta sumatzen zen. Egoitza-harreran dauden nerabeak arriskuko biztanleria dira, eta jokabide suizida prebenitzeko berariazko esku-hartzeak egin behar dira. Profesionalen prestakuntza ere beharrezkoa da, gazteei pentsamendu edo asmo suizidei buruz galdetzeko eta laguntza-zerbitzu egokiekin harremanetan jartzeko beharrezko trebetasunak dituztela bermatzeko.

Gako-hitzak:

Suizidioa, gazteen suizidioa, nahita egindako autolesioak, egoitza-harrera, etxetik kanpo barneratzea.

El objetivo de este estudio fue caracterizar y determinar la incidencia de conductas suicidas y autolesiones deliberadas entre los jóvenes en acogimiento residencial en España, y explorar el conocimiento y la competencia percibidos de los profesionales de atención directa con respecto al reconocimiento y la gestión del riesgo de suicidio. La muestra estuvo compuesta por 185 adolescentes de entre 12 y 18 años y 225 profesionales de atención directa. Se observó una elevada tasa de conductas suicidas y solo un tercio de los jóvenes que tenían pensamientos suicidas habían buscado ayuda. La mitad de la muestra de adolescentes se había autolesionado voluntariamente. Entre los profesionales de atención directa, se percibía una falta de conocimientos con respecto al reconocimiento y la gestión de las conductas de riesgo de suicidio. Los adolescentes en acogimiento residencial son una población de riesgo que debe ser objeto de intervenciones específicas dirigidas a prevenir la conducta suicida. También es necesaria la formación de los profesionales para garantizar que tengan las habilidades necesarias para preguntar a los jóvenes sobre pensamientos o intenciones suicidas y para ponerlos en contacto con los servicios de apoyo adecuados.

Palabras clave:

Suicidio, suicidio juvenil, autolesiones deliberadas, acogimiento residencial, internamiento fuera del hogar.

* Testu hau Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 lizentziarekin editatutako itzulpena da (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), artikulu honena, hain zuzen:

Muela, A.; García-Ormaza, J. eta Sansinenea, E., "Suicidal behavior and deliberate self-harm: a major challenge for youth residential care in Spain", *Children and Youth Services Review*, 158. bol., 107465, 2024, <<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107465>>.

Jatorrizko edukiari doikuntza gutxi batzuk egin zaizkio, aldizkari honen formatura egokitzeko.
© 2024 Egileak. Elsevier Ltd. erakundeak argitaraturik.

1. Sarrera

Nerabeen eta gazteen suizidioa mundu-mailako osasun publikoko arazo bat da (Osasunaren Mundu Erakundea, 2021). Haurtzaroan eta pubertaroan suizidioa gutxitan gertatzen den arren, tasak handitu egiten dira adinarekin batera, eta helduaroko lehen urteetan iristen dira gorenera. Espainiako datuen arabera, 15-29 urteko gazteen artean, heriotza ez-naturalen lehen kausa suizidioa da, eta heriotza guztien bigarren kausa, tumore gaiztoen ondoren (Estatistikako Institutu Nazionala, 2022).

Egoitza-harreraren sartu diren nerabe eta gazteek jokabide suizidaren arrisku-faktore batzuk dituzte, horietako askok haur-traumak izan dituztelako eta psikopatologia-zantzuak dituztelako (Muela *et al.*, 2017) edo gizarte-doikuntza eskasa dutelako, hala nola atxikimendu-estilo ez-segurua, autoestimua baxua, gizarte-trebetasun urriak, arrisku-jokabideak, gizarte-lotura urria eta eskola-integrazio eskasa (Águila-Otero *et al.*, 2020; Muela, Balluerka eta Torres, 2013; Muela, Torres eta Balluerka, 2012). Hala ere, Espainian ikerketa gutxi burutu dira jokabide suizidaren arazoa gazteen egoitza-laguntzaren testuinguruan zentzuzko den zehazteko. Gainera, ez da jakiterik inguru horretako profesionalak beren burua gai ikusten duten lan egiten duten gazteen jokabide suizida aztertzeke eta prebenitzeko. Ondorioz, azterlan honen helburua jokabide suizidak Espainiako gazteen egoitza-arretaren testuinguruan duen eragina ezaugarritzea eta zehaztea izan zen, eta zuzeneko arretako profesionalak haien aintzatespenari eta maneiari buruz hautemandako gaitasuna aztertzea.

1.1. Jokabide suizida nerabezaroan eta gaztaroan

Suizidioa bere burua hiltzeko asmoz eta heriotza eraginez nahita egindako ekintza gisa defini daiteke. Metanalisi eta berrikuspen sistematiko berriek (Glenn *et al.*, 2019; Roh, Jung eta Hong, 2018) jakinarazi dute suizidio-tasak 100 000 pertsonako 3,8 ingurukoak direla bi sexuetan eta baita 15-19 urteko gazteen artean ere. Nahiz eta heterogeneotasun handia dagoen herrialdeen artean. Jokabide suizidak suizidioari buruzko pentsamenduak, hiltzeko nahiari buruz beste batzuekin hitz egitea, nork bere burua hiltzeko egindako jokabide autolesioak eta suizidio-saiakerak biltzen ditu. Jokabide suizidaren definizio zabalago batean, nahita egindako autolesioa ere sartzen da, hau da, norberaren bizitza suntsitzeko asmorik gabe egindako autosuntsiketa zuzena edo gorputz-ehunaren alterazioa, sufrimendu psikologikoa arintzea edo beste pertsona batzuei jakinaraztea duena eginkizun nagusi. Nahita egindako autolesioa (autolesio ez-suizida ere esaten zaiona) jokabide suizidarekin estuki erlazionatu bada ere, eta nahiz eta egia izan beren buruaz beste egiten duten pertsona askok alde aurretik beren burua autolesionatu egin dutela, alde handiak daudela uste da jokabide suizidaren eta nahita egindako autolesioaren artean (Walsh, 2012). Bai jokabide suizida bai nahita egindako

autolesioak ohikoagoak dira gazteen artean suizidio burutua baino (Nock *et al.*, 2008).

Gobernuaren estatistikek suizidio saiakerak erregistratzen ez dituzten arren, 15-24 urteko adin-taldean suizidio bakoitzeko 100-200 saiakera daudela kalkulatu dute ikerketek (Miller, 2021). Suizidioaren datu orokorretan adin-talde guztietan gertatzen den bezala, gazteen artean eredu horrek suizidio-saiakera gehiago eragiten ditu emakumeen artean (3-9 aldiz gehiago), eta gizonen artean, berriz, suizidio-tasa handiagoak (3-4 aldiz gehiago) (Glenn *et al.*, 2019).

Gazteen suizidioa fenomeno konplexua eta kausa anitzekoa bada ere (Glenn *et al.*, 2019), oro har, bizi-estresaren eta osasun mentalaren zenbait faktorek bat egiten dutenean gazte bat itxaropenik gabe, etsipenez eta sozialki isolatua utziz. Ikerketak iradokitzen duenez, gazteen suizidio-iragarle garrantzitsuen suizidio-saiakeren historia bat da (Gvion eta Apter, 2016); eta nahita egindako autolesioak, berriz, suizidio-saiakeraren iragarle nagusietako bat dira (Ougrin *et al.*, 2015). Beren buruaz beste egiteko edo nahita beren burua autolesionatzeko pentsamendua duten nerabe gehienak ez dira beren buruaz beste egiten saiatuko, baina suizidio-saiakeraren arriskua handiagoa da bi faktoreak agertzen direnean (Mars *et al.*, 2019). Duela gutxi luze azterlan batek (Mars *et al.*, 2019) aurkitu zuen pentsamendu suiziden eta nahita egindako autolesioen berri 16 urterekin eman zuten 5 nerabetik 1ek (%21) adierazi zuela bere buruaz beste egiten saiatu zela 21 urterekin segimendua egin zitzaizenean; 16 urterekin, berriz, pentsamendu suiziden eta nahita egindako autolesioen berri eman ez zutenen %1ek baino ez zuten eman.

1.2. Jokabide suizida haurrak babesteko sisteman sartu diren nerabe eta gazteen artean

Azterlan gutxi batzuek baino ez dute jokabide suizida aztertu adingabeak babesteko sisteman sartu diren nerabe eta gazteen artean, baina, oro har, jokabide suizidaren eta suizidioaren ondoriozko heriotzaren intzidentzia harrera egoitzetan ez dauden umeena baino handiagoa dela uste da. Tutoretzapeko eta tutoretzarik gabeko herrietako gazteen alderaketa batean, Evans *et al.* (2017) lehenengoetan prebalentzia handiagoa aurkitu zuten bai ideia suiziden kasuan (%24,7 eta %11,4, hurrenez hurren), bai suizidio-saiakeren kasuan (%3,6 eta %0,8, hurrenez hurren). Pilowskyren eta Wuren aurreko azterlan batek (2006) antzeko moduan agertu zituen bere buruaz beste egiteko saiakeren tasa altuagoak (4 aldiz altuagoak) bizitzan zehar familia-harreraren historia bat duten gazteen artean. Suizidio burutuari dagokionez, suizidioaren ondoriozko heriotza-tasa 2-6 aldiz handiagoa dela haurrak babesteko sistematik igaro diren gazteen artean aurkitu du ikerketak (Christoffersen *et al.*, 2015; Katz *et al.*, 2011; Rhodes *et al.*, 2012; Vinnerljung, Hjert eta Lindblad, 2006).

Dakigunez, Espainian ez da mota horretako konparazio-azterketarik egin, baina ikertzaileek

egoitza-harreraren dauden gazteen jokabide suizidaren arazoaren inguruan arreta jarri dute. Bonetek, Palmak eta Santosek (2020) ideia suiziden tasa handiak zeudela egoitza-harrerako 61 neraberen lagin batean jakinarazi zuten, eta Águila Oterok eta beste hainbat egilek egindako azterlan batek (2020), berriz, egoitza-harrera terapeutikoan zeuden 353 gazterekin, ohartu zen ia laurdenak bere buruaz beste egiten saiatu zirela bizitzan zehar, eta emakumeek gizonek baino bi aldiz probabilitate gehiago zituztela hori adierazteko.

1.3. Oraingo azterlana

Aurreko azterketatik argi eta garbi ondorioztatzen da jokabide suizida osasun publikoko arazo larria dela, eta gazte-kopuru handi bati eragiten diola. Haurrak babesteko sisteman sartu diren haurrak eta nerabeak jokabide horren arrisku handiko taldeetat hartzen dira (Ruch *et al.*, 2021), eta egoitza-harreraren daudenak biztanleria bereziki kaltebera dira (Muela *et al.*, 2017, 2021).

Espainiako azken datuen arabera (Hautzarroaren Behatokia, 2021), 16177 gazte daude egoitza-harreraren batean, eta horietatik 13303k 11-17 urte dituzte. Gure herrialdean egin berri diren ikerketek biztanleria horren jokabide suiziden arazoari buruzko arreta piztu dute, eta agerian utzi dute horri aurre egiteko baliabideak eta estrategiak bideratu behar direla (Águila-Otero *et al.*, 2020; Bonet *et al.*, 2020; Tavares-Rodríguez *et al.*, 2019). Hala ere, esku-hartze eraginkorrak egiteko, arazoaren ikuspegi osoagoa emango duten ikerketa gehiago behar direla uste dugu. Águila-Otero eta besteen ikerketa (2020), ziurrenik, tutoretzapeko Espainiako gazteen profila aztertzeke orain arteko saiorik zehatzena da, jokabide suizidaren intzidentzia barne, nahiz eta egoitza-unitate terapeutikoetako gazteengan soilik zentratu zen, adingabeak babesteko sisteman dauden haur eta nerabe guztien % 6 baino ez baitira. Ondorioz, tutoretzapeko gazte guztiei buruzko informazio gehiago izatea beharrezkoa da, hainbat aldagai aztertuz, hala nola suizidio-saiakera, erabilitako saiakeren eta metodoen kopurua, ideia suizidak eta suizidio-planak, osasun mentaleko arazoen eta nahita egindako autolesioen eragina, eta laguntza bilatzea.

Espainian, halaber, ez dugu ezagutzen gazteen egoitza-arretaren sektoreko profesionalengan oinarritutako ikerketarik, jokabide suizidari buruz dituzten ezagutzak, jarrerak eta sinesmenak, suizidio-arriskua igaritzeko eta kudeatzeko hautemandako gaitasuna edo suizidioa prebenitzeko baliabide komunitarioei buruz duten ezagutza aztertzen duenik. Profesionalak arriskuan dagoen gazte bat identifikatzeko eta behar bezala esku hartzeko duten gaitasuna erabakigarria denez amaiera tragikoa saihesteko, horri buruz hautemandako ezagutzak eta gaitasunak hobeto ezagutzea garrantzitsua da.

Azterlan honen helburua, beraz, jokabide suizidak Espainiako gazteen egoitza-harreraren testuinguruan duen eragina ezaugarritzea eta zehaztea izan zen, eta profesionalak haren aintzatespenari eta

maneuari buruz hautemandako ezagutza eta gaitasuna aztertzea. Gure ustez, egoitza-harreraren dauden gazteentzat suizidioa prebenitzeko politika eta esku-hartze eraginkorrak garatzeko emaitzak lagungarriak izango dira.

2. Metodoa

2.1. Partaideak

Gazteen lagina 12 eta 18 urte bitarteko 185 nerabek osatzen zuten ($\bar{x} = 15,41$, $DE = 1,58$; % 49,7 gizonetzkoak, % 49,2 emakumezkoak eta % 1,1 ez-bitarrak), eta gaur egun Euskal Autonomia Erkidegoko 25 egoitza-unitatetan zeuden. Unitate horietako gehienak (% 69,7) orokortzat sailkatu ziren, eta gainerakoak (% 30,3) egoitza-arreta terapeutikoa eskaintzen zuten. Egoitza-harrerako unitate orokorrak ingurune seguru bat eskaintzeko diseinatuta daude, non gazteen ongizatea eta garapen fisiko, psikologiko, sozial eta hezitzailea sustatzeko helburua duten, ez baitute programa espezializatuagorik behar haien premia psikosozialei eta jokabide-premiei aurre egiteko (26/2015 Legea). Aitzitik, egoitza-arreta terapeutikoak "dimentsio anitzeko bizi-ingurune bat eskatzen du, osasun mentaleko edo portaerako premia identifikatuak dituzten haur eta gazteei tratamendua, hezkuntza, sozializazioa, laguntza eta babesa hobetzeko edo emateko diseinatua, haien familiekin elkartuta eta baliabide komunitario formal eta informalen espektrora oso batekin lankidetzan" (Whittaker *et al.*, 2015:24).

Nazionalitateari dagokionez, nerabeen % 58,4 espainiarrak ziren. Atzerritarren % 41,6tik, % 55,8 Afrikako iparraldekoak ziren, % 15,6 Hego Amerikakoak, % 7,8 Saharaz azpiko Afrikakoak, % 6,5 Erdialdeko Amerikakoak eta gainerakoak Ekialdeko eta Hego-ekialdeko Europako, Karibeko eta Asiako herrialdeetakoak. Oro har, laginaren % 29,2 inoren kargura ez zeuden adingabe atzerritarrak ziren, eta % 12,4 Espainian bizi ziren senitarteko bat edo gehiago zituzten adingabe atzerritarrak. 1. taulak azterlanean parte hartu zuten nerabeen ezaugarri soziodemografikoak erakusten ditu.

Azterlanaren laginean, halaber, zuzeneko arretako 225 profesional ere sartzen ziren ($\bar{x}_{adina} = 34,58$ urte; $DE = 13,72$; % 69,7 gizonak, % 29,9 emakumeak, % 0,4 ez-bitarrak), gaur egun egoitza-arreta orokorreko unitateetan (% 67,7) edo arreta terapeutikoko unitateetan (% 32,3) daudenak haur eta nerabeentzat, Espainiako iparraldeko bost probintzietan.

Lagina azterlanaren helburuek eskatzen dituzten estatistika-probak aplikatzean arazoizko magnitudeko efektuak detektatzeko bezain handia zela egiaztatzeko (ikus aurrerago "Datuen analisisa" atala), G* Power programa informatikoa (Faul *et al.*, 2007) erabiliko dugu 0,05eko α baterako eta 0,80ko estatistika-ahalmenerako behar den laginaren tamaina kalkulatzeko. Kalkuluak berretsi zuten lagina nahikoa zela.

1. taula. Nerabeen ezaugarri soziodemografikoak (n = 185)

Aldagaia	n	% (besterik adierazi ezean)
Generoa		
Gizonezkoa	92	49,7
Emakumezkoa	9	49,2
Ez bitarra	2	1,1
Adina, urteak [batez bestekoa (DE)]		
12-14	54	29,2
15-16	81	43,8
17-18	50	27,0
Nazionalitatea		
Espainiarra	108	58,4
Besteren bat	77	41,6
Egoitza-arretako unitatea		
Orokorra	129	69,7
Terapeutikoa	56	30,3

Iturria: lanketa propioa.

2.2. Tresnak**2.2.1. Jokabide suizida eta nahita egindako autolesioa nerabeetan**

Bizitzan zeharreko jokabide suizida eta nerabeen autolesio deliberratuak Nerabeen Jokabide Suizidaren Ebaluazio Eskalaren bitartez detektatu ziren (SENTIA; Díez-Gómez *et al.*, 2020). Tresna autoadministratua da, eta ideia suizidak, komunikazio suizida eta bere buruaz beste egiteko plangintza eta saiakerak aztertzen ditu. SENTIA eskalak 16 item ditu guztira, erantzun dikotomikoko formatuarekin (bai/ez), baina azterketa honen helburuak ikusita, item horietako bost baino ez ditugu erabiltzen. Ideia suiziden intzidentzia "Pentsatu al duzu inoiz zeure buruaz beste egitea?" itemarekin esploratu zen, eta suizidio-saiakeretarako, berriz, "Saiatu al zara zeure buruaz beste egiten?" itema erabili zen. Gazte batek azken galdera horri baiezeko erantzuna emanez gero, galdetegiak egindako saiakeren kopurua eta erabilitako metodoa adierazteko eskatzen zion. Nahita egindako autolesioak honako item honekin ebaluatu ziren: "Zeure burua nahita autolesionatu al duzu inoiz (autolesioak: ebakiak, larruazaleko zulaketak, etab.) hiltzeko asmorik gabe? ", eta baiezeko erantzuna emanez gero, hiltzera bultzatu zituzten arrazoiak deskribatzeko eskatzen zitzairen. Azkenik, laguntza bilatzeko bi item erabili ziren: "Saiatu zara pentsamendu suiziden aurrean laguntza eskatzen?" eta "Pentsatu duzu ezin diozula inori laguntzarik eskatu (zeure burua hiltzeari buruzko pentsamendu hauekin)?" Lagin honetako item horien barnefidagarritasuna 0,81ekoa izan zen (Cronbachen α).

2.2.2. Osasun mentaleko arazoak

Friedekin (2022) bat etorritz, uste dugu osasun mentaleko arazoak hobeto kontzeptualizatzen direla denboran zehar gizabanakoengan garatzen diren

prozesu biopsikosozial konplexu gisa. Azterlan honen helburuetarako, egoitza-arretako unitateetako langile klinikoei eta/edo hezitzaileei eskatu zitzairen adieraz zezala parte hartu zuten nerabeek, azterketa egin zenean, diagnostikatutako osasun mentaleko arazoren bat ote zuten eta/edo tratamendu psikiatriko edo psikologikoren bat jasotzen ote zuten.

2.2.3. Profesionalek jokabide suizidari buruz duten hautemandako ezagutza

Zuzeneko arretako profesionalen artean jokabide suizidari buruzko ezagutza, hau da, suizidio-arrisku bat igartzeko eta kudeatzeko hautemandako gaitasuna, azterketa honetarako *ad hoc* sortutako galdetegi baten bitartez aztertu zen. Galdetegiak zortzi item zituen (adibidez, "Badakit nola ezagutu gazte baten suizidio-alarmaren zantzuak"), eta horietako bakoitzerako profesionalak hautemandako ezagutza-maila baloratu behar zuen, 1etik ("oso baxua") 5era ("altua") zihuan Likert motako 5 puntuko eskala bat erabiliz. Lagin honen barnefidagarritasuna 0,89 izan zen (Cronbachen α).

2.2.4. Profesionalek jokabide suizidari buruz hautemandako autoeraginkortasuna

Profesionalek suizidio-arriskua igartzeari eta kudeatzeari buruz hautemandako autoeraginkortasuna antzeko moduan ebaluatu zen azterlan honetarako *ad hoc* sortutako galdetegi batekin. Galdetegiak zazpi item zituen (adibidez, "Gazte batekin pentsamendu suizidei buruz galdetzeko eta/edo hitz egiteko dudaz gaitasunaz fidatzen naiz"), eta horietako bakoitzarentzat profesionalak hautemandako gaitasun-maila baloratu behar zuen, 1etik ("oso baxua") 5era ("altua") zihuan Likert motako 5 puntuko eskala erabiliz. "Ez nago ziur/ez dut erantzun nahi" erantzuteko aukera ere bazuten. Lagin honen barnefidagarritasuna 0,93 izan zen (Cronbachen α).

2.3. Prozedura

Hasteko, Espainiako iparraldeko hainbat probintziatako adingabeak babesteko zerbitzuekin jarri ginen harremanetan, ikerketaren helburuak azaldu zitzaizkien eta parte hartzera gonbidatu genituen. Ikerketa onartu eta baimendu zutenak haien inguruko gazte-egoitzetako arduradunekin harremanetan jarri ziren, azterlanaren helburuak azalduz eta haien laguntza eskatuz. Onartu zutenak zuzenean jarri ziren harremanetan ikerketa-taldearekin, xehetasun gehiago emateko eta azterketari ekiteko. Parte-hartzaile guztiek (nerabeek eta profesionalak) haien baimen informatua eman zuten datuak bildu aurretik.

Gizarteratzeko irizpidea betetzen zuten nerabeek (12-18 urte) eta parte hartzea onartu zutenek SENTIA banaka bete zuten bizi ziren laguntza-unitatearen barruko gela pribatu batean. Erantzun guztiak elektronikoki eman ziren ordenagailu baten bitartez,

galdetegia linean baitzegoen. Inkestatu bakoitzaren adina, generoa eta nazionalitatea ere erregistratu ziren. Ikerketak iradokitzen du online ikuspegia aurrez aurreko metodoak bezain fidagarria dela populazio normatibo edo klinikoetan (Chandler eta Shapiro, 2016; Hauser eta Schwarz, 2016). Gainera, lineako galdetegi bat bereziki baliagarria da jokabide estigmatizatuak ebaluatzeko, hala nola suizidioa eta autolesioak; izan ere, proba presentzialen eta/edo taldekoen bitartez lortutako emaitzak lortzeko desiragarritasun soziala minimizatzen baitu (Fox *et al.*, 2020). Azken ikerketen arabera, gazteei suizidioaz galdetzeak ez du areagotzen suizidio-arriskua (Fox *et al.*, 2020), baina neurriak hartzen ditugu haien ongizate emozionala bermatzeko. Berariaz, arreita-unitateko langile bat prest egon zen galdera-sorta bete bitartean eta ondoren, laguntza emozionala emateko hala behar izango balitz. Inoren kargura ez dauden adingabe atzerritarren kasuan, gaztelania idatziaren eremu mugatua izanik, ama-hizkuntzako jatorrizko hiztun bat izan zen, eta itzultzaile gisa jardun zuen beharrezkoa izan zen guztietan. Era berean, ezgaitasun intelektual aitortua duten nerabeek funtsezko langilearen laguntza izan zuten, galdetegiari erantzutean ulermen-arazoak izanez gero.

Profesionalen datuak biltzeko prozedura berbera izan zen, hau da, galdetegia linean bete zuten (elektronikoki, ordenagailu baten bitartez) banaka, lantokiko gela pribatu batean. Erantzun guztiak anonimoak izan ziren.

Egile nagusiaren unibertsitateko Giza Ikerketarako Batzorde Etikoak onartu zuen azterlana.

2.4. Datuen analisisa

Aldagai nominalen analisi bibariatua egiteko, Pearson-en χ^2 proba erabili zen behatutako eta espero ziren maiztasunak alderatzeko. Erlazioen indarra eta garrantzia ebaluatzeko, Cramer-en V koefizientea eta hondar estandarizatuak kalkulatu ziren, hurrenez hurren. Aldagai kuantitatiboen kasuan, Student-en t proba erabili zen irizpide aldagaien batez bestekoaren arteko aldeak aztertzeko. Batezbestekoaren arteko edozein diferentziari lotutako efektuaren tamaina Cohen-en d kalkularen bitartez ebaluatu zen. Bi talde

baino gehiago konparatzeko, norabide bakarreko bariantzaren (ANOVA) azterketa bat egin zen, eta, horretarako, η^2 partzial bat erabili zen efektuaren tamaina kalkulatzeko. Aldagai dikotomikoen kasuan, Pearson-en korrelazio-koefizienteak ere kalkulatu ziren bi noranzkoko kontingentzia-tauletarako. Datuen analisi guztiak SPSS 26.0 programarekin egin ziren.

3. Emaitzak

2. taulak 185 nerabeen artean jokabide suiziden, nahita egindako autolesioen eta osasun mentaleko arazoan maiztasuna erakusten du.

3.1. Ideia suizida

Nerabeen % 36,2k bere buruaz beste egiteko ideia azaldu zuten. Pearson-en χ^2 probaren emaitzek alde esanguratsuak erakutsi zituzten generoaren arabera ($\chi^2 (1) = 24,82$; $p = 0,001$; Cramer-en $V = 0,37$), eta hondar estandarizatuak adierazi zuten ideia suizida deklaratu zuten emakumeen proportzioa uste baino handiagoa izan zela. Emakumeen erdiak baino gehiagok (% 53,8) adierazi zuten bere bizitzan zehar bere buruaz beste egiteko ideia izan zuela, gizoneen % 18,5en aldean. Ez zen desberdintasun esanguratsurik izan ideia suiziden maiztasunean, adin-taldearen arabera ($\chi^2 (2) = 2,97$; $p = 0,226$; Cramer-en $V = 0,13$), nazionalitatearen arabera ($\chi^2 (1) = 0,75$; $p = 0,388$; Cramer-en $V = 0,06$) edo egoitza-arretako unitate motaren arabera ($\chi^2 (1) = 2,57$; $p = 0,109$; Cramer-en $V = 0,11$).

Idea suizidak zituztela adierazi zuten nerabeen % 62,7k ez zutela pentsamendu horietarako laguntzarik bilatu, eta % 53,7k uste zutela ezin ziotela inori laguntzarik eskatu aipatzea garrantzitsua da. Proporzio horiek ez dira asko aldatzen adinaren, generoaren edo nazionalitatearen arabera.

3.2. Suizidio-saiakerak

Nerabeen laurden bat inguru (% 26,5) noizbait bere buruaz beste egiten saiatu zen. Hiru saiakera egin ziren batez beste, eta metodorik ohikoena objektu

2. taula. Jokabide suizida, nahita egindako autolesioak eta osasun mentaleko arazoak nerabeen artean

	Gutzizkoa (n = 185)	Gizonezkoak (n = 92)	Emakumezkoak (n = 91)	Ez bitarrak (n = 2)
Aldagaia	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idea suizida	67 (36,2)	17 (18,5)	49 (53,8)	1 (50)
Suizidio-pentsamenduen aurrean laguntza eskatu zuen	25 (37,3)	4 (23,5)	20 (40,8)	1 (100)
Ezin ziola inori laguntza eskatu uste zuten	36 (53,7)	7 (41,2)	29 (59,2)	0 (0)
Suizidio-saioa	49 (26,5)	10 (10,9)	38 (41,8)	1 (50)
Nahita egindako autolesioak	93 (50,3)	26 (28,3)	65 (71,4)	2 (100)
Osasun mentaleko arazoak	64 (34,6)	25 (27,2)	37 (40,7)	2 (100)

Iturria: lanketa propioa.

zorrotz bat erabiltzea (%37,1), pozoitzea (%27), altueratik jauzi egitea (%18) eta metodo potentzialki hilgarrienak, urkatzea (%6,7) eta itotzea (%5,6). 1. grafikoan ikus daitekeenez, portaera suizida askoz ohikoagoa da 13 urtetik aurrera, eta 16 urte inguru gailurra jotzen du. Garrantzitsua da azpimarratzea ideia suizida aitortu zuten hiru nerabetik bik (%68,7k) ere esan zutela beren buruaz beste egiten saiatu zirela.

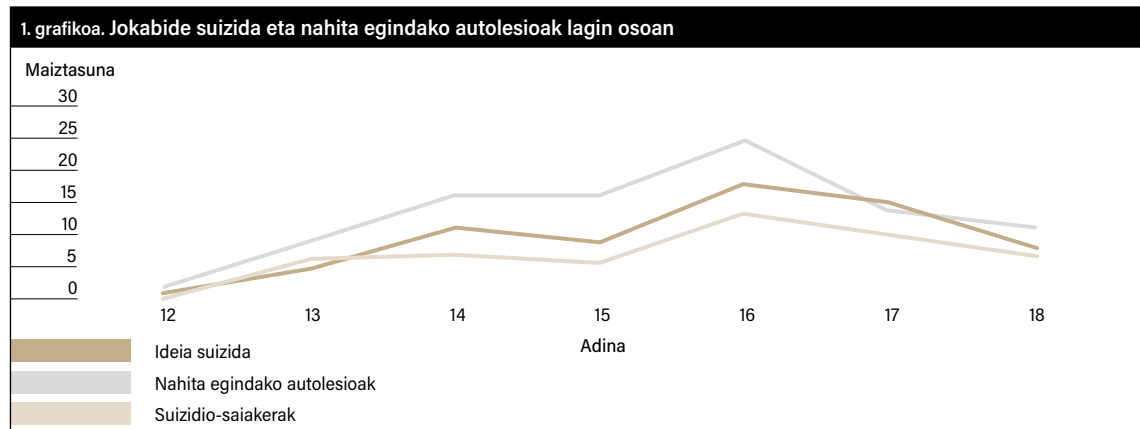
Generoari dagokionez, askoz ere sarriago jakinarazi zen emakumeek beren buruaz beste egiteko ahaleginak egin zituztela ($\chi^2(1) = 22,56$; $p = 0,0001$; Cramer-en $V = 0,35$), eta hondar estandarizatuen analisiak adierazi zuen beren buruaz beste egiten saiatu ziren emakumeen proportzioa uste baino handiagoa zela. Beren buruaz beste egiten saiatu ziren nerabe guztietatik, %77,6 emakumeak ziren, %20,4 gizonak eta %2 ez bitarrak; bestela esanda, emakumeek gizonek baino hiru aldiz probabilitate handiagoa zuten beren buruaz beste egiten saiatzeko. Ez zen alde nabarmenik izan suizidio-saiakeren maiztasunean.

Ez zen alde esanguratsurik izan suizidio-saiakeren maiztasunean, adin-taldearen arabera ($\chi^2(2) = 1,99$; $p = 0,37$; Cramer-en $V = 0,10$), nazionalitatearen arabera ($\chi^2(1) = 0,02$; $p = 0,89$; Cramer-en $V = 0,01$) edo egoitza-zainketako unitate motaren arabera

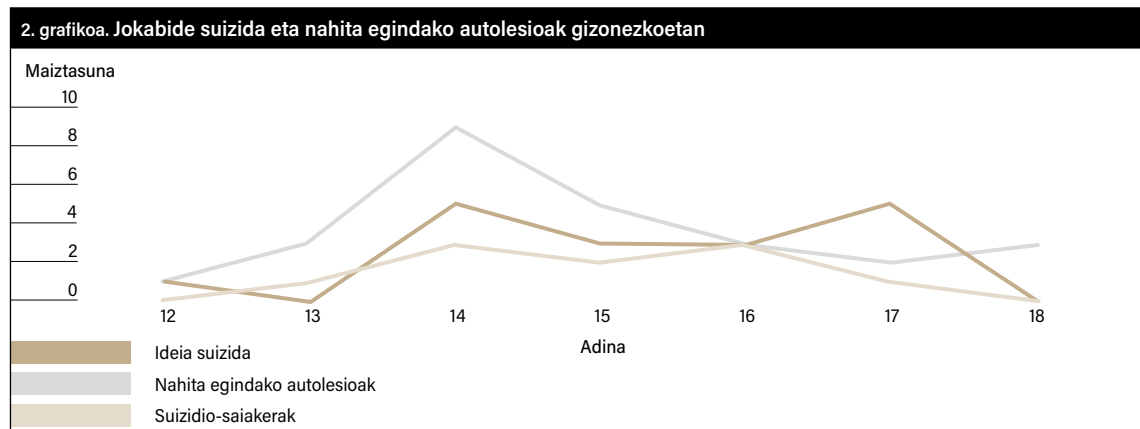
($\chi^2(1) = 0,44$; $p = 0,51$; Cramer-en $V = 0,05$). Era berean, ez zen alde estatistikoki esanguratsurik izan egoitza-arreta orokorreko eta terapeutikoko unitateen artean ($t(45) = 0,33$; $p = 0,74$; $d = 0,11$), espainiarren eta atzerritarren artean ($t(45) = -1,08$; $p = 0,29$; $d = 0,32$) edo adin-taldearen artean ($F(2,44) = 0,37$; $p = 0,69$; $\eta^2 p = 0,02$).

3.3. Nahita egindako autolesioak

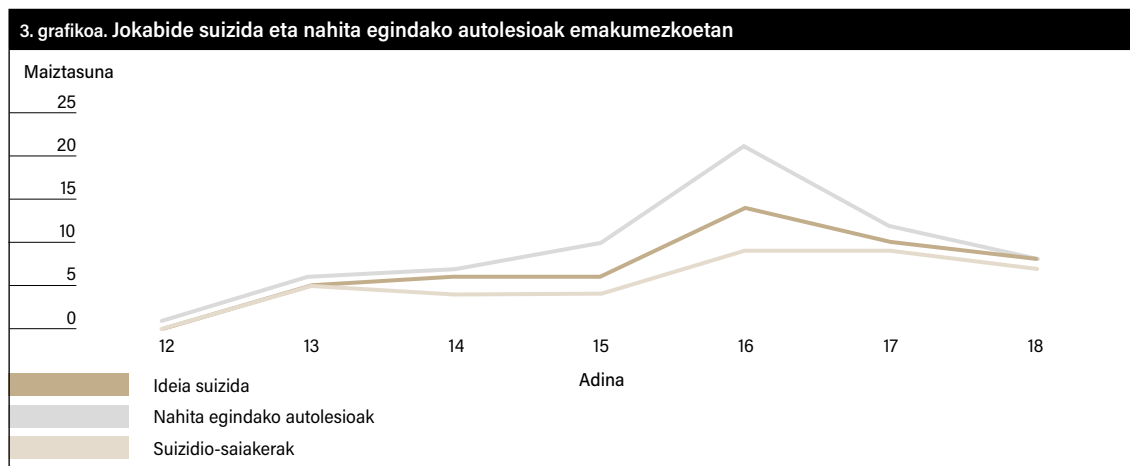
Nerabeen laginaren erdiak nahita egindako autolesioen bat egin zuen. Ideia suiziden eta suizidio-saiakeren kasuan bezala, nahita egindako autolesioen intzidentziak gora egin zuen 13 urtetik aurrera, eta maximoa 16 urte ingurura iritsi zen (1. grafikoa). Nork bere burua hiltzeko emandako arrazoiei dagokienez, nerabe gehienek (%92) adierazi zuten hori emozioak erregulatzeko estrategia bat zela (hau da, tentsioa eta estresa arintzea, antsietateari eta sentimendu negatiboek aurre egitea, orotzaren desatseginetatik arreta galtzea); proportzio txiki batek baino ez zuen deskribatu bere autolesioa sententzioak bilatzeari (%5,3) edo arretari (%2,7) dagokienez. Bereziki, nahita egindako autolesioak jakinarazteko erdua desberdina zen generoaren arabera. Gizonen artean, intzidentzia-gailurra 14 urte ingurukoa izan zen (2. grafikoa), eta emakumeen artean, berriz, 16 urte ingurukoa (3. grafikoa).



Iturria: lanketa propioa.



Iturria: lanketa propioa.



Iturria: lanketa propioa.

Era berean, lotura esanguratsua eta positiboa ikusten dugu nahita egindako autolesioen eta ideia suiziden artean ($r = 0,55$; $p = 0,0001$) eta suizidio-saiakeren artean ($r = 0,52$; $p = 0,0001$). Oro har, ideia suizidak zituztela adierazi zuten nerabeen % 95,7k eta bere buruaz beste egiten saiatu zirela adierazi zutenen % 93,9k beren borondatez egin zutela adierazi zuten. Emakumeek, halaber, beren burua nahita zauritu zutela adierazteko joera nabarmen handiagoa zuten ($\chi^2 (1) = 36,10$; $p = 0,0001$; Cramer-en $V = 0,44$), eta hondar estandarizatuen analisiak adierazi zuen beren burua zauritu zuten emakumeen proportzioa uste baino handiagoa zela. Beren burua zauritu zutela adierazi zuten nerabe guztietatik, % 69,9 emakumeak ziren, % 28 gizonak eta % 2,1 ez ziren bitarrak, hau da, beren burua zauritu zuten gure lagineko hiru nerabetik bi emakumeak ziren.

Nahita egindako autolesioen maiztasunean ez zen alde esanguratsurik izan, adin-taldearen arabera ($\chi^2 (2) = 0,001$; $p = 0,99$; Cramer-en $V = 0,01$), nazionalitatearen arabera ($\chi^2 (1) = 1,97$; $p = 0,16$; Cramer-en $V = 0,10$) edo egoitza-arretako unitate motaren arabera ($\chi^2 (1) = 1,52$; $p = 0,22$; Cramer-en $V = 0,09$).

3.4. Osasun mentaleko arazoak eta jokabide suizida

Gure lagineko nerabeen heren batek (% 34,6k) tratamendu psikiatrikoa eta farmakologikoa jasotzen zuten diagnostikatutako osasun mentaleko arazo batengatik. Ez zen alderik ikusi generoaren arabera diagnostikatutako osasun mentaleko arazoaren proportzioan ($\chi^2 (1) = 2,90$; $p = 0,23$; Cramer-en $V = 0,14$), nazionalitatean ($\chi^2 (1) = 3,26$; $p = 0,07$; Cramer-en $V = 0,15$) edo adin-taldean ($\chi^2 (2) = 4,49$; $p = 0,11$; Cramer-en $V = 0,17$). Hala ere, egoitza-arretako unitate orokorretako nerabeek diagnostikatutako osasun mentaleko arazoak izateko aukera gutxiago zuten unitate terapeutikoetako kideek baino.

Garrantzitsua da nabarmentzea diagnostikatutako osasun mentaleko arazo bat zuten nerabeek joera

handiagoa zutela beren buruaz beste egiteko ideia deklaratzeko ($\chi^2 (1) = 27,67$; $p = 0,0001$; Cramer-en $V = 0,42$), beren borondatez autolesionatu zirela ($\chi^2 (1) = 15,82$; $p = 0,0001$; Cramer-en $V = 0,32$) eta beren buruaz beste egiten saiatu zirela beren homologoak arazo hori gabe baino ($\chi^2 (1) = 21,23$; $p = 0,0001$; Cramer-en $V = 0,37$). Hala ere, osasun mentaleko arazo bat diagnostikatuta zuten nerabeen % 48,4k ez zutela bere buruaz beste egiten saiatu adierazi behar da, eta horrelako diagnostikorik ez zutenen % 16,7k bai.

3.5. Profesionalek jokabide suizidari buruz duten pertzepzioa eta autoeraginkortasuna

Oro har, inkestan parte hartutako zuzeneko arretako profesionalen % 22,8k soilik uste zuen bere buruaz beste egiteko arrisku-jokabideak igartzeari eta kudeatzeari buruzko ezagutza-maila nahiko handia edo handia zutela. 3. taulan ikus daitekeenez, hautemandako ezagutza-maila baxuena zen arloetan ondoko hauek aipatzen ziren: suizidio-arriskua dagoenean zer ekintza behar den, gazte batekin pentsamendu suizidei buruz nola galdetu eta/edo hitz egin, zer egin bere unitateko gazte bat bere buruaz beste egiteagatik hiltzen bada, eta nola ezagutu suizidio-arriskuaren alerta-seinaleak. Suizidio-arriskua zuten gazte bat identifikatzen zenean laguntza eta babesa eskaintzeari eta laguntza espezializatua jasotzeko nora bideratu jakiteari dagokionez, gehiago ziren hautemandako ezagutzak.

Hautemandako ezagutzei buruzko emaitzekin alderatuta, profesionalen ia bi herenek (% 63,9) uste zuten gaitasun-maila nahiko handia edo handia zutela suizidio-arriskuko jokabideak igarri eta kudeatu behar zirenean. 4. taulan ikus daitekeenez, profesionalak ez zeuden hain seguru beren unitateko gazte bat bere buruaz beste egiteagatik hiltzen bada neurri egokiak hartzeko edo gazte bat bere buruaz beste egiteko arriskuan dagoenean esku hartzeko gai ote ziren. Hautemandako gaitasuna handiagoa zen gazte larritu bat kontsolatzeari eta geldiarazteari zegokionez.

3. taula. Profesionalek beren buruaz beste egiteko jokabideari buruz duten hautemandako ezagutza-maila

	Oso baxua (%)	Baxua (%)	Ertaina (%)	Nahiko altua (%)	Altua (%)
Badakit gazte baten suizidio-alarbaren seinaleak ezagutzen.	11,6	36,2	43,5	7,7	1,0
Badakit nola eskatu eta/edo hitz egin gazteei pentsamendu suizidei buruz.	19,3	41,1	32,4	5,8	1,4
Badakit zer egin behar den suizidio-arrisku baten aurrean.	23,7	38,2	30,0	7,2	1,0
Badakit nola kontsolatu eta eutsi larrituta dagoen gazte bat.	3,9	13,0	34,8	44,4	3,9
Badakit nola eskaini laguntza eta babesa gazte batek bere buruaz beste egiteko arriskua duenean.	13,0	28,0	38,6	18,4	1,9
Badakit nola eta nora bidali gazte bat laguntza profesional espezializatua jaso dezan.	13,0	19,3	26,1	33,8	7,7
Badakit zer egin behar den nire unitateko gazte bat bere buruaz beste egiten saiatzen bada.	13,1	26,2	29,1	25,7	5,8
Badakit zer egin behar den nire unitateko gazte bat bere buruaz beste egiteagatik hiltzen bada.	33,8	25,6	24,2	12,1	4,3

Iturria: lanketa propioa.

4. taula. Profesionalek jokabide suizidari buruz hautemandako autoeraginkortasuna

	Oso baxua (%)	Baxua (%)	Ertaina (%)	Nahiko altua (%)	Altua (%)	Ez nago ziur / ez dut erantzun nahi (%)
Nire gaitasunaz fidatzen naiz gazte baten suizidio-alertaren seinaleak ezagutzeko.	7,7	5,9	20,5	49,5	14,1	2,3
Gazte batekin pentsamendu suizidei buruz galdetzeko eta/edo hitz egiteko dudaz gaitasunaz fidatzen naiz.	7,7	2,3	22,7	39,1	25,9	2,3
Bere buruaz beste egiteko arriskua dagoenean neurri egokiak hartzeko gaitasunaz fidatzen naiz.	7,7	5,9	29,1	36,4	19,1	1,8
Emozionalki larrituta dagoen gazte bat kontsolatzeko eta geldiarazteko dudaz gaitasunaz fidatzen naiz.	7,7	0,5	11,8	24,1	48,6	7,3
Gazte batek bere buruaz beste egiteko arriskua duenean laguntza eta babesa eskaintzeko dudaz gaitasunaz fidatzen naiz.	7,8	4,1	16,9	33,3	33,3	4,6
Nire unitateko gazte bat bere buruaz beste egiten saiatzen bada, neurri egokiak hartzeko nire gaitasunaz fidatzen naiz.	0,0	5,4	19,6	30,4	39,2	5,4
Nire unitateko gazte bat bere buruaz beste egiteagatik hiltzen bada neurri egokiak hartzeko gai izango naizela fidatzen naiz.	7,8	11,0	22,8	34,7	19,6	4,1

Iturria: lanketa propioa.

4. Eztabaida

Espainiako gazteen egoitza-arretaren testuinguruan jokabide suiziden eragina ezaugarritzea eta zehaztea izan zen azterlan honen xedea, eta zuzeneko arretako profesionalek suizidio-arriskua igartzeari eta kudeatzeari buruz hautemandako ezagutza eta gaitasuna aztertzea.

Badirudi portaera suizida ohikoa dela biztanleria horretan; izan ere, azterketaren lagineko nerabeen %36,2k bere buruaz beste egiteko asmoa adierazi zuen, eta %26,5 bere bultzatzen zehar noizbait bere buruaz beste egiten saiatu zen. Ideia suiziden ehuneko hori egoitza-arretaren testuinguruan aurrez jakinarazitako prebalentzia baino handiagoa da (Evans *et al.*, 2017). Pentsamendu suiziden garapenarekin lotutako faktoreak pentsamenduetatik saiakeretarako trantsizioan inplikaturik ez daudela uste den arren, pentsamendu suizidak dituzten nerabeen heren bat inguru beren buruaz beste egiten saiatzen da (Mars *et al.*, 2019). Beraz, ideia suizidak jokabide

suizida larriagoa izateko arriskuaz ohartarazteko seinaleztat hartu behar dira, batez ere beste faktore psikosozial batzuk daudenean (presio akademikoak, eskola-jazarpena, egokitzapen sozial txarra, osasun mentaleko arazoak, etab.), eta/edo nahita egindako autolesioak (Mars *et al.*, 2019). Egoera horretan, gazte batek laguntza bilatzeko duen gaitasuna erabakigarria da, eta, beraz, kezkarria da ideia suizidaren berri eman zuten nerabeen artean, hirutik batek bakarrik (%37,3) bilatuko zukeela laguntza pentsamendu horien aurrean, eta erdiek baino gehiagok (%53,7) sentitzea ezin ziotela inori laguntzarik eskatu. Emaita horiek osasun mentaleko arazoekin, oro har, eta suizidioarekin, bereziki, lotzen den estigma isla dezakete, baita mito orokortuak edo suizidioari buruzko informaziorik eza edo gai horiei buruzko kontzeptu okerrak ere. Esate baterako, baliteke nerabeek pentsamendu suizidak izatea ahuleziaren edo gaixotasun mentalaren seinale izatea, edo arriskutsua eta kontrolaezina bezalakoa izatea. Litekeena da, halaber, laguntza edo babesa eman diezaieketen zerbitzu komunitarioetan konfiantzarik

ez izatea (Muela *et al.*, 2021). Gure ustez, emaitza horiek agerian uzten dute gazteentzako barneratze-unitateetan osasuna sustatzeko eta babesteko kultura sustatu behar dela, jokabide suizida desestigmatizatuz eta gazteak beren zailtasunei aurre egiteko jarrera proaktiboagoa hartzera animatuz.

Azterlan honen aurkikuntza harrigarrietako bat bizitzan zehar egindako suizidio-saiakeren tasa handia da (%26,5). Horrek atentzioa ematen du bai portaera suizida larriaren irismenari buruz egoitza-arretaren testuinguruan, bai prebentzio-estrategia egituratuak garatzeko beharrari buruz, gazteen suizidioaren auresale garrantzitsuena suizidio-saiakeren historia baita (Gvion eta Apter, 2016). Lagin honetan, portaera suizida askoz ere ohikoagoa zen 13 urtetik aurrera; izan ere, ideia suizida eta saiakeren berri eman zuten nerabeen proportzioa 16 urte ingurukoa zen. Emaitza horiek bat datoz beste herrialde batzuetako datu epidemiologikoekin, erakusten baitute haurrak babesteko sisteman parte hartzen duten gazteen suizidioagatiko heriotza-tasak esponentzialki handitzen direla 12 urtetik aurrera (Ruch *et al.*, 2023). Oro har, aurkikuntza horiek esku-hartze goiztiarreko estrategiak diseinatzeko beharra azpimarratzen dute, arriskuan dauden gazteak identifikatzeko eta egoitza-harreraren dauden biztanleen artean suizidioa prebenitzeko.

Gure lagineko nerabeen erdiek beren borondatez autolesionatu zirela nabarmentzea garrantzitsua da, gehienbat emozioa erregulatzeko estrategia gisa. Ehuneko handia da hori, biztanleria klinikoetan emandakoarekin aldera daitekeena (Brown eta Plener, 2017). Gogoan izan behar da nahita egindako autolesioak suizidiorako arrisku-faktore garrantzitsua direla, eta ikerketek adierazten dutela nork bere burua hiltzen dutenek pentsamendu suizidak esperimintatzeko edo beren buruaz beste egiten saiatzeko 2 edo 4 aldiz probabilitate gehiago dituztela (Klonsky, May eta Glenn, 2013). Nahita egindako autolesioen kudeaketa eraginkorra gazteen egoitza-arretaren helburu nagusia izan behar da, eta psikohezkuntza barne har dezake, gazteei emozioak erregulatzeko estrategia egokitzailagoak garatzen laguntzeko, baita gizarte-ikaskuntza edo jokabide autolesiboen kutsatze emozionala prebenitzeko neurriak ere.

Aurreko ikerketetan bezala (Bresin eta Schoenleber, 2015; Glenn *et al.*, 2019; Miranda-Mendizábal *et al.*, 2019), aurkitu genuenez, halaber, gizonezko ikaskideekin alderatuta, emakume gazteek probabilitate gehiago zituztela ideia suiziden berri emateko (3 aldiz gehiago), beren buruaz beste egiten saiatzeko (ia 4 aldiz gehiago) eta beren borondatez autolesionatu izateko (2,5 aldiz gehiago). Artatutako emakume gazteei baliabide gehiago eman beharko litzaizkiekeela ondoriozta daitekeen arren, suizidio burutuaren tasak handiagoak dira gizonen artean (Glenn *et al.*, 2019; Miranda-Mendizábal *et al.*, 2019). Ondorioz, eta gure aurkikuntzak gorabehera, uste dugu egituratutako prebentzio-estrategiak egokiak direla, baldin eta zenbait alderdi generoaren arabera

egokitzen badira. Gizonen kasuan, indar handiagoa egin beharko litzateke laguntza bilatzeko trebetasunak garatzean, arma hilgarrietarako sarbidea mugatzean, alerta-seinaleei buruz kontzientziatzean, aurre egiteko trebetasunak hobetzean eta gizarte-laguntzako sare eraginkorrago bat eraikitzen irakasteen. Emakumeen kasuan, esku-hartzearen ardatza emozioak erregulatzeko estrategia egokigarriagoak garatzea izango litzateke, autolesio-jokabideen erabilera minimizatzen.

Zenbait azterlanek agerian utzi dute osasun mentaleko arazoan prebalentzia handia dagoela egoitza-harreraren dauden gazteen artean (Muela *et al.*, 2017), eta hori emaitza hauetan islatzen da, bereziki arretera terapeutikoko unitateetan dauden nerabeen artean. Literaturarekin bat etorritik (Gili *et al.*, 2018), osasun mentaleko arazoak diagnostikatuta zituzten nerabeek probabilitate gehiago zituzten ideia suizidak adierazteko, autolesionatzeko eta beren buruaz beste egiten saiatzeko. Zehazki, diagnostikatutako osasun mentaleko arazo bat zuten nerabeen %51,6 beren buruaz beste egiten saiatu ziren, duela gutxiko beste ikerketa batzuetan jakinarazitakoaren antzeko zifra (Ruch *et al.*, 2021). Emaitza horiek laguntza gehigarria ematen diote osasun mentaleko arazoak jokabide suizidarako arrisku-faktore garrantzitsutzat hartzeari (Gili *et al.*, 2018), eta agerian uzten dute beharrezkoa dela arazo horiek garai detektatzea, baita suizidio-arriskua detektatzeko tresnak sistematikoki erabiltzea ere. Aipatzekoa da, halaber, diagnostikatutako osasun mentaleko arazorik gabeko gure lagineko nerabeen %16,7 bere buruaz beste egiten saiatu zela. Horrek agerian uzten du jokabide suizidaren izaera faktore anitzekoa eta biopsikosoziala, eta hainbat faktore kontuan hartzeko beharra (adibidez, larritasuna, etsipena, gizarte-lotura, suizidioari buruzko sinesmenak), prozesuaren konplexutasuna ideiatik ekintzaraino atzemateko (Klonsky, Saffer eta Bryan, 2018). Bitxia bada ere, ez dago alderik jokabide suizidaren maiztasunean nerabeen artean egoitza-arretako unitate orokorretan eta terapeutikoetan. Horrek erakusten duenez, portaera hori ez da mugatzen arazo psikologiko edo jokabide-arazo larrienak dituzten gazteetara, eta nabarmendu egiten du garrantzitsua dela suizidioa prebenitzeko estrategiak ezartzea egoitza-arretako sistemen maila guztietan, batez ere kalkulatzeko delako haurrak babesteko sisteman sartzen diren nerabeen %30-80 inguruk osasun mentaleko arazoak, garapenean atzerapena edo osasun-zerbitzuen esku-hartzea eskatzen duten beste zailtasun batzuk dituztela (Bronsard *et al.*, 2016; Burns *et al.*, 2004).

Suizidioak eragindako heriotzen kopurua murriztea Osasunaren Mundu Erakundearen lehentasunezko helburua da (2021). Gure ustez, egoitza-harreraren testuinguruan jokabide suizida prebenitzeko gakoa gazteek laguntza psikoterapeutiko eta soziohezitzaile egokia izatea da. Espainian egoitza-harrerako sisteman artatutako nerabeek osasun mentaleko zerbitzuetarako sarbidea badute ere, gure emaitzek iradokitzen dute beharrezkoa dela gehiago egitea jokabide suizida prebenitzeko. Beste herrialde

batzuetako datuek antzeko egoera erakusten dute. Adibidez, Ruch eta beste hainbat egilek (2021) jakin zutenez, beren buruz beste eginda hil ziren Estatu Batuetako haurren babes-sistemako gazteen % 48k osasun-arretako zerbitzuak erabili zituztela hil aurreko hilabeteetan, eta ia % 90ek aurreko sei hilabeteetan. Emaiza horiek iradokitzen dutenez, esku-hartze psikiatriko eta psikologikoen porrot egin dezakete jokabide suizidaren azpian dauden mekanismoetako batzuei heltzerakoan; izan ere, suizidioari buruzko 50 urteko ikerketaren metaanlisi batek (Franklin *et al.*, 2017) ondorioztatu zuen arrisku-faktore tradizionalak, diagnostiko psikiatrikoek barne, gaitasun mugatua dutela jokabide suizida aurreikusteko, eta, beraz, ez direla oinarri sendoa tratamendu- eta prebentzio-estrategietarako. Ondorioz, ikuspegi zehatzagoak behar direla argudiatu da, adibidez, suizidioa prebenitzeko terapia kognitibo-konduktuala, suizidio-saiakeretan % 50-60 murriztearekin lotu dena (Bryan eta Rudd, 2018).

Inkestatuen zuzeneko arretako profesionalei dagokienez, emaitzek adierazten dute suizidio-arriskuko jokabideak igartzeari eta kudeatzeari buruz hautemandako ezagutza-falta. Hori nabarmenagoa izan zen suizidio-seinaleak ezagutzeko, gazte batekin pentsamendu suizidei buruz nola galdetu eta/edo nola hitz egin jakiteko, eta suizidio-arriskua dagoenean zer neurri hartu jakiteko. Horrek profesionalek gai horiei buruzko prestakuntza espezifiko jaso behar dutela agerian uzten du. Aitzitik, aipatzekoa da, ezagutzarik ez duten arren, inkestatutako profesional gehienek baieztatzen dutela nahiko fidatuta daudela beren buruz beste egiteko arrisku-egoeretan erantzuteko gaitasunarekin. Gure ustez, hautemandako ezagutzaren eta konfiantzaren arteko itxurazko inkongruentzia horren arrazoia izan liteke lan egiten duten egoitza-arretako unitateek jokabide suizida maneiatzeko protokoloak ezarrita dituztela. Horrela, profesionalek, gizabanako gisa, ezagutzarik ez dutela pentsa dezaketen arren, protokolo instituzionalaren arabera erantzuteko duten gaitasunaz nahiko seguru sentitzen dira, adibidez, gazte bat zerbitzu espezializatuetara bideratzu suizidio-arriskua detektatuz gero. Hala ere, nabarmendu behar da horrelako protokoloak ez direla prebentzio-neurri gisa hartzen nagusiki, baizik eta langileentzako gida gisa, jokabide suizidarik izanez gero. Horri dagokionez, ezagutzarik ezaren pertzepzioari buruz ditugun emaitzek agerian uzten dute oso garrantzitsua dela profesionalek erantzun-protokoloak aplikatzeko duten gaitasuna eta suizidioa prebenitzeko estrategietan prestatzeko duten beharra bereiztea, horrek modu proaktiboan esku hartzeko gaitasuna hobetuko bailuke. Behar horri heltzeko modu bat suizidioa prebenitzeko programak ezartzea izango litzateke. Programa horien helburu nagusietako bat profesionalak heztea da, ondoko gai hauei buruz: mito komunak, suizidioari eta jokabide suizidari buruzko kontzeptu okerrak, kontuan hartu beharreko alerta-seinaleak eta eskura dauden laguntza-baliabideak eta zerbitzuak. Programa horien bitartez, halaber, profesionalei beharrezko trebetasunak eman nahi zaizkie gazteei pentsamendu eta/edo asmo

suizidei buruz galdetzeko, laguntza bila dezaten konbentzitzeko eta zerbitzu espezializatu egoki batera bideratzeko. Programa mota horren adibide ona da "Question, Persuade, and Refer" (QPR Institute, 2022), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) erakundearen Evidence-Based Practices Resource Center-en agertzen dena, eta Suicide Prevention Resource Center-ek (SPRC) eraginkortasun-probak dituen programa gisa izendatua dagoena. Hemen nabarmendu beharreko azken puntu bat inkestatutako nerabeen artean hautemandako nahita egindako autolesioen tasa altuari buruzkoa da. Horrek azpimarratzen du beharrezkoa dela, egoitza-arretako zentroyen barruan, jokabide horiek igartzeko eta kudeatzeko estrategiak ezartzea, bai kaltetutako gazteari laguntzeko, bai ikaskuntza soziala eta unitate barruko kutsatze emozionala saihesteko. Estrategia horiek osasun mentaleko zerbitzu espezializatuarekin lankidetzan garatu eta aplikatu beharko lirateke.

Azterlan honek zenbait muga ditu, eta horietatik garrantzitsuena laginaren adierazgarritasunari dagokio. Laginaren tamaina egindako analisi estatistikoetarako nahikoa zela egiaztatu genuen arren, emaitzak tentuz interpretatu behar dira eremu geografiko zabalago bat estaltzen duten lagin zabalagoetan berretsi arte. Izan ere, inkestatutako nerabe guztiak Euskal Autonomia Erkidegoko egoitza-zentroetan zeudenez, ez dago argi emaitzak Espainiako gainerako lekuetara estrapolatu daitezkeen edo ez. Hala ere, Euskal Autonomia Erkidegoa geografikoki eta demografikoki askotarikoa denez, uste dugu litekeena dela emaitzak garrantzitsuak izatea herrialdeko beste eskualde batzuetan egoitza-harreran dauden gazteen biztanleriarentzat. Beste muga bat da nahita egindako autolesioak item bakar baten bitartez ebaluatu zirela. Beraz, etorkizuneko azterketek aldagai horren ebaluazio zehatzagoa lortu nahi izan beharko lukete, Autolesio Deliberatuen Inbentarioa (Gratz, 2001) edo Autolesioei buruzko Aitorpenen Inbentarioa (Klonsky eta Glenn, 2009) bezalako tresnen bitartez. Nerabeentzako egoitza-arretaren inguruan ikerteko beste zeregin bat jokabide suizidaren eta hainbat aldagairen (larritasuna, etsipena, zama izatearen pertzepzioa, gizarte-lotura eta suizidioari buruzko sinesmenak) arteko harremana hurbilagoz aztertzea litzateke. Jokabide suizidarekin eta nahita egindako autolesioekin lotutako funtsezko faktoreak identifikatzeak esparru bat emango luke gazte bat harrera-zentro batean sartzen denean eta, behar izanez gero, egonaldian zehar egin litezkeen arrisku-ebaluazioetarako. Horrek prebentziorako esku-hartze goiztiarra arrisku handieneko nerabeei zuzentzen lagunduko luke.

5. Ondorioak

Azterlan honek jokabide suizidaren eta nahita egindako autolesioen tasa handiak aurkitu zituen egoitza-harreran zeuden nerabeen artean. Ideia suizida deklaratu zuten gazteen heren batek pentsamendu horietarako laguntza bakarrik bilatu

izanak, agerian uzten du gai horri heltzeko ekimen psikohezitzaile espezifikoen garrantzia. Esku-hartze goiztiarra ere funtsezkoa da, jokabide suizida askoz ere ohikoagoa izan baitzen 13 urtetik aurrera; izan ere, 16 urte inguru zituztenean, ideia suizidak eta suizidio-saiakerak aitortu zituzten nerabeen proportzioak goia jo baitzuen.

Zuzeneko arretako profesionali dagokienez, emaitzek adierazi zuten suizidio-arriskuko jokabideen igartzeari eta kudeaketari buruz hautemandako ezagutzarik eza, baita gai horri heltzean hautemandako gaitasuna hobetzeko tartea ere.

Laburbilduz, nerabeek, egoitza-arreta orokorreko inguruneetan zein arreta terapeutikoan, jokabide suizida prebenitzeko berariazko esku-hartzeak egin behar dituzten arrisku-biztanleria osatzen dute. Halaber, funtsezkoa da profesionalak pentsamendu edo asmo suizidak ikertzeko eta arrisku-egoeran dagoen gazte bat zerbitzu espezializatu egokietara bideratzeko beharrezko trebetasunak dituztela bermatzea.

Onespen etikoaren adierazpena

Euskal Herriko Unibertsitateko Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordeak onartu zuen azterlana.

Finantzaketa-adierazpena

Ikerketa hau Eusko Jaurlaritzaren dirulaguntza batekin finantzatu da (IT1450-22).

Egiletzari egindako ekarpenaren adierazpena (CRedit)

Alexander Muela: kontzeptualizazioa, ikerketa, metodologia, analisi formala, idazketa —jatorrizko zirriborroa, idazketa— berrikuspena eta edizioa. Jon García-Ormaza: kontzeptualizazioa, ikerketa, gainbegiratzea, idazketa —jatorrizko zirriborroa, baliozkotzea—. Eneko Sansinenea: datuen kudeaketa, finantzaketa, proiektuaren administrazioa, baliabideak, gainbegiratzea, baliozkotzea, bistaratzea, idazketa —berrikuspena eta edizioa—.

Interes-gatazka deklarazioa

Egileek adierazten dute ez dutela artikulu honetan aurkeztutako lanean eragina izan zezakeen interes ekonomikorik, ezta harreman pertsonalik ere.

Datuen erabilgarritasuna

Datuak alde zuzetik eskatuta emango dira.

Erreferentzia bibliografikoak

- ÁGUILA-OTERO, A.; BRAVO, A.; SANTOS, I. eta DEL VALLE, J. F. (2020): "Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: an analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care", *Children and Youth Services Review*, 112. bol., 104923, <<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104923>>.
- BONET, C.; PALMA, C. eta SANTOS, G. G. (2020): "Effectiveness of emotional intelligence therapy on suicide risk among adolescents in residential care", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20. bol., 1. zb., 61-74. or., <<https://ijpsy.com/volumen20/num1/535.html>>.
- BRESIN, K. eta SCHOENLEBER, M. (2015): "Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis", *Clinical Psychology Review*, 38. bol., 55.-64. or., <<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>>.
- BRONSARD, G. *et al.* (2016): "The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis", *Medicine*, 95. bol., 7. zb., 2622, <<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>>.
- BROWN, R. C. eta PLENER, P. L. (2017): "Non-suicidal self-injury in adolescence", *Current Psychiatry Reports*, 19. bol., 3. zb., <<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>>.
- BRYAN, C. J. eta RUDD, M. D. (2018): *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*, New York, Guilford Publications.
- BURNS, B. J. *et al.* (2004): "Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43. bol., 8. zb., 960.-970. or., <<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>>.
- CHANDLER, J. eta SHAPIRO, D. (2016): "Conducting clinical research using crowdsourced convenience samples", *Annual Review of Clinical Psychology*, 12. bol., 53.-81. zb., <<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093623>>.
- CHRISTOFFERSEN, M. N.; MØHL, B.; DEPANFILIS, D. eta VAMMEN, K. S. (2015): "Non-suicidal self-injury: does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample", *Child Abuse & Neglect*, 44. bol., 106.-116. or., <<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023>>.
- DÍEZ-GÓMEZ, A.; PÉREZ-ALBÉNIZ, A.; ORTUÑO-SIERRA, J. eta FONSECA-PEDRERO, E. (2020): "SENTIA: an adolescent suicidal behavior assessment scale", *Psicothema*, 32. bol., 382.-389. or., <<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>>.
- ESPAINIA (2015): "Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia", *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 180. zb., 2015-7-29, <<https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/28/26/con>>.
- EVANS, R. *et al.* (2017): "Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: systematic review and meta-analysis of prevalence", *Children and Youth Services Review*, 82. bol., 122.-129. or., <<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020>>.
- FAUL, F.; ERDFELDER, E.; LANG, A. G. eta BUCHNER, A. (2007): "G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences", *Behavior Research Methods*, 39. bol., 2. zb., 175.-191. or., <<https://doi.org/10.3758/BF03193146>>.
- FOX, K. R. *et al.* (2020): "Self-injurious thoughts and behaviors interview-revised: development, reliability,

- and validity. *Psychological Assessment*, 32. bol., 7. zb., 677-689. or., <<https://doi.org/10.1037/pas0000819>>.
- FRANKLIN, J. C. *et al.* (2017): "Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research", *Psychological Bulletin*, 143. bol., 2. zb., 187-232. or., <<https://doi.org/10.1037/bul0000084>>.
- FRIED, E. I. (2022): "Studying mental health problems as systems, not syndromes", *Current Directions in Psychological Science*, 31 bol., 6. zb., 500-508. or., <<https://doi.org/10.1177/09637214221114089>>.
- GILL, M. *et al.* (2018): "Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies", *Journal of Affective Disorders*, 15. bol., 8. zb., 152-162. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>>.
- GLENN, C. R.; *et al.* (2019): "Annual research review: a meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61. bol., 3. zb., 294-308. or., <<https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>>.
- GRATZ, K. L. (2001): "Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23. bol., 253-263. or., <<https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>>.
- GVION, Y. eta APTER, A. (2016): "Evidence-based prevention and treatment of suicidal behavior in children and adolescents", in O'CONNOR, R. C. eta PIRKIS J. (ed.), *The international handbook of suicide prevention*, 1. g., John Wiley & Sons, 301-322. or.
- HAUSER, D. J. eta SCHWARZ, N. (2016): "Attentive turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants", *Behavior Research Methods*, 48. bol., 400-407. or., <<https://doi.org/10.3758/s13428-015-0578-z>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2022): <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#lta bs-1254736194710>.
- KATZ, L. Y. *et al.* (2011): "Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system", *Canadian Medical Association Journal*, 183. bol., 17. zb., 1977-1981. or., <<https://doi.org/10.1503/cmaj.110749>>.
- KLONSKY, E. D. eta GLENN, C. R. (2009): "Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31. bol., 215-219. or., <<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>>.
- KLONSKY, E. D.; MAY, A. M. eta GLENN, C. R. (2013): "The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples", *Journal of Abnormal Psychology*, 122. bol., 1. zb., 231-237. or., <<https://doi.org/10.1037/a0030278>>.
- KLONSKY, E. D.; SAFFER, B. Y. eta BRYAN, C. J. (2018): "Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update", *Current Opinion in Psychology*, 22. bol., 38-43. or.
- MARS, B. *et al.* (2019): "Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study", *Lancet Psychiatry*, 6. bol., 4. zb., 327-337. or., <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)>.
- MILLER, D. N. (2021): *Child and adolescent suicidal behavior: school-based prevention, assessment, and intervention*, New York, The Guilford Press.
- MIRANDA-MENDIZÁBAL, A. *et al.* (2019): "Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies", *International Journal of Public Health*, 64. zb. 2. zb., 265-283. or., <<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>>.
- MUELA, A.; TORRES, B. eta BALLUERKA, N. (2012): "Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil", *Infancia y Aprendizaje*, 35. bol., 4. zb., 451-469. or., <<https://doi.org/10.1174/021037012803495294>>.
- MUELA, A.; BALLUERKA, N. eta TORRES, B. (2013): "Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial", *Anales de Psicología*, 29. bol. 1. zb., 197-206. or., <<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.124941>>.
- MUELA, A.; BALLUERKA, N.; AMIANO, N.; CALDENTY, M. A. eta ALIRI, J. (2017): "Animal-assisted psychotherapy for young people with behavioural problems in residential care", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24. bol., 6. zb., 1485-1494. or., <<https://doi.org/10.1002/cpp.2112>>.
- MUELA, A. *et al.* (2021): "A social-emotional learning program for suicide prevention through animal-assisted intervention", *Animals*, 11. bol., 12. zb., 3375, <<https://doi.org/10.3390/ani11123375>>.
- MUNDUKO OSASUN ERAKUNDEA (2021): *Suicide worldwide in 2019*, Geneva, Munduko Osasun Erakundea.
- NOCK, M. K. *et al.* (2008): "Suicide and suicidal behavior", *Epidemiologic Reviews*, 30. bol., 1. zb., 133-154. or., <<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>>.
- OBSERVATORIO DE LA INFANCIA (2021): <<https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/>>.
- OUGRIN, D.; TRANAH, T.; STAHL, D.; MORAN, P. eta ASARNOW, J. R. (2015): "Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54. bol., 2. zb., 97-107. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>>.
- PILOWSKY, D. J. eta WU, L. T. (2006): "Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care", *Journal of Adolescent Health*, 38. bol., 4. zb., 351-358. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.014>>.
- QPR INSTITUTE (2022): <<https://www.qprinstitute.com/>>.
- RHODES, A. E. *et al.* (2012): "Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors", *Child Abuse & Neglect*, 36. bol., 6. zb., 542-551. or., <<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.04.006>>.

- ROH, B. R.; JUNG, E. H. eta HONG, H. J. (2018): "A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries", *Psychiatry Investigation*, 15. bol., 4. zb., 376-383. or., <<https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>>.
- RUCH, D. A.; MUNIR, A.; STEELSMITH, D. L.; BRIDGE, J. A. eta FONTANELLA, C. A. (2023): "Characteristics and precipitating circumstances of suicide among youth involved with the US child welfare system", *Children and Youth Services Review*, 144. bol., 106749, <<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106749>>.
- RUCH, D. A. *et al.* (2021): "Health services use by children in the welfare system who died by suicide", *Pediatrics*, 147. bol., 4. zb., e2020011585, <<https://doi.org/10.1542/peds.2020-011585>>.
- TAVARES-RODRÍGUES, A.; GONZÁLEZ-GARCÍA, C.; BRAVO, A. eta DEL VALLE, J. F. (2019): "Evaluación de necesidades de jóvenes en acogimiento residencial en Portugal", *Revista de Psicología Social*, 34. bol., 354-382. or., <<https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1576325>>.
- VINNERLJUNG, B.; HJERN, A. eta LINDBLAD, F. (2006): "Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients: a national cohort study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47. bol., 7. zb., 723-733. or., <<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01530.x>>.
- WALSH, B. W. (2012): *Treating self-injury: a practical guide*, New York, Guilford Press.
- WHITTAKER, J. K.; DEL VALLE, J. F. eta HOLMES, L. (ed.) (2015): *Therapeutic residential care with children and youth: developing evidence-based international practice*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

Bibliografía osagarria

- DURLAK, J. A.; WEISSBERG, R. P.; DYMNIKI, A. B.; TAYLOR, R. D. eta SCHELLINGER, K. B. (2011): "The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions", *Child Development*, 82. bol., 1. zb., 405-432. or., <<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>>.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitara ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok. 2024tik aurrera, gizarte-zerbitzuen eremuko esperientziak ere jasotzen ditu.
- Testuak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarritzko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte-hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; ezgaitasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizarte-eskuartzea, oro har).
- Testuak bai euskaraz bai gaztelaniaz idatz daitezke, eta jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan argitaratuko dira.
- Proposamenak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Testu bakoitzak gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000 izan beharko ditu, eta kopuru horretan zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira testuaren titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haietako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Testuaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta testuaren edukia deskribatuko dituen lau eta sei gako-hitz artean hautatuko dira.
 - Laburpena eta gako-hitzak euskaraz eta gazteleraz idatziko dira.
 - Oharrak orri-oinean joango dira.
 - Testuen erreferentzia bibliografikoek ISO 690/1987 araua jarraituko dute.
- Testuak jasotzen direnean Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira, eta kalitate zientifiko eta egokieraren arabera haiek erabakiko dute argitaratu edo ez.
- Testuak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuetako epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egitekoa ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar haien artikulua eta esperientziak ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua

Etxague 10 behea

20003 Donostia

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social. Desde 2024, recoge también experiencias en el ámbito de los servicios sociales.
- Todos los textos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los textos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Las propuestas se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión de los textos será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar solo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar un título, así como la dirección postal, el teléfono de contacto y la adscripción institucional de todas las autoras y autores. Se añadirá también un breve resumen o sumario (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto.
 - El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas seguirán la norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los textos serán sometidos a la consideración del Consejo de Redacción, que decidirá sobre su publicación de acuerdo con criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los textos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos ni experiencias.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Servicio de Información e Investigación Social

General Etxague, 10 - bajo

20003 Donostia-San Sebastián

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net



Envejecer en el hogar:
ecosistemas de cuidado de
orientación local y comunitaria

Evaluación del programa Pasaia
Zaintza HerriLab para el desarrollo
de un ecosistema local de
cuidados en el municipio de
Pasaia (Gipuzkoa)

Solas ante el cuidado. Las
vivencias de las mujeres que
cuidan de un familiar con
demencia y la soledad que las
acompaña

Indicadores para medir la calidad
de la atención en los centros
residenciales para personas
mayores de Álava. Resultados de
un estudio piloto

Evolución de los indicadores de
pobreza/bienestar en España
entre 2008 y 2023: aplicación del
método EPDS

La integración en una Euskadi
diversa: uso del MIPEX-R para
evaluar las políticas vascas

Jokabide suizida eta nahita
egindako autolesioak: Espainiako
gazteen egoitza-harrerarako
erronka handia

