

# Trabajo social en comunidades rurales. Intervención profesional en los cuidados domiciliarios de larga duración para personas mayores

Social Work in rural communities. Professional intervention in home-based care for older adults

**Álvaro Elices Acero**

Investigador predoctoral, Universidad de Valladolid (España)  
alvaro.elices@uva.es

**Javier García García**

Investigador predoctoral, Universidad de Valladolid (España)  
javier.garcia.garcia22@uva.es

**Juan María Prieto Lobato**

Profesor Titular de Universidad, Universidad de Valladolid (España)  
juanmaria.prieto@uva.es

**Carmen Rodríguez Sumaza**

Profesora Titular de Universidad, Universidad de Valladolid (España)  
crsumaza@uva.es

## CRISIS RURALES EN ESPAÑA. COMUNIDAD, ESTADO Y MERCADO

MONOGRÁFICO COORDINADO POR ESTEBAN RUIZ BALLESTEROS Y AUXILIADORA GONZÁLEZ PORTILLO

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional, junto con la fragilidad estructural de los servicios de cuidados y unas redes familiares cada vez menos posibilitadas para brindarlos, han minimizado las oportunidades para permanecer en el hogar de las personas mayores en situación de dependencia que viven en comunidades rurales. El proyecto piloto "A Gusto en Mi Casa" afrontó este reto mediante la implementación de un modelo de atención integral, integrada y centrada en la persona en una zona rural abulense. Con el objetivo de analizar el contenido y la centralidad del rol real desempeñado por las trabajadoras sociales en los cuidados domiciliarios, se utilizó una metodología mixta concretada en encuestas, grupos focales y entrevistas. Los resultados muestran su intervención como esencial para alcanzar los fines del proyecto, sugiriendo a su vez orientaciones para la práctica profesional y las políticas de cuidados en contextos rurales.

### ABSTRACT

Population ageing, together with the structural fragility of care services and family networks that are increasingly unable to provide care, have minimised the opportunities for dependent older adults living in rural communities to remain at home. "A Gusto en Mi Casa" pilot project addressed this challenge by implementing a comprehensive, integrated, and person-centred care model in a rural area of Ávila. With the objective of analysing the content and centrality of the actual role of social workers in home-based care, a mixed methodology was used through surveys, focus groups and interviews. The results show their intervention as essential to achieve the project's aims and, in turn, provide orientations for professional practice and care policies in rural contexts.

### PALABRAS CLAVE

envejecimiento | cuidados | comunidades rurales | trabajo social

### KEYWORDS

ageing | care | rural communities | social work

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene por objeto de estudio el rol de las trabajadoras sociales que, desde diferentes dispositivos como los servicios sociales comunitarios, los servicios de atención primaria a la salud o los programas desarrollados por entidades del tercer sector de acción social intervienen en la articulación de cuidados domiciliarios para personas mayores que residen en el medio rural. En su abordaje, se persigue el objetivo de analizar el rol real de las profesionales del trabajo social en el proyecto *A Gusto en Mi Casa* (en adelante, AGeMC), experiencia piloto de implementación de un nuevo modelo de cuidados en una zona rural de Castilla y León. A su vez, se pretende responder a los interrogantes sobre cuál es el contenido, la relevancia y la especificidad de los cometidos de estas profesionales en el marco del proyecto, así como analizar los factores que facilitan o dificultan su desarrollo.

El trabajo también proporciona recomendaciones basadas en evidencias empíricas que pretenden orientar la práctica profesional y mejorar la definición y la implementación de políticas y programas que, como AGeMC, se dirigen a facilitar la permanencia en el entorno habitual de las personas mayores que viven en entornos rurales.

### 1.1. Envejecimiento poblacional, cuidados y medio rural

El crecimiento del tamaño de las cohortes de edad más avanzada ha sido continuo en las últimas décadas y tiene un alcance global. Según Naciones Unidas (2024), la población de 65 y más años en los países desarrollados pasará de un 20% en 2023 a un 28% en 2050. Aunque no todas las personas mayores son dependientes, el envejecimiento poblacional ha intensificado las necesidades de cuidados y, en consecuencia, la presión sobre los sistemas de servicios sociales y sanitarios que las atienden. A este proceso se suman las profundas transformaciones familiares, culturales y económicas acaecidas durante los últimos lustros que, en conjunto, han generado un incremento de la demanda de cuidados por encima de la oferta disponible (*care gap*) (Wu y otros 2023), comprometiendo profundamente la universalidad y sostenibilidad de su provisión (*crisis de los cuidados*) (Pérez-Orozco 2021).

Como es bien sabido, España se caracteriza por tener, en su conjunto, una estructura poblacional crecientemente envejecida. Sin embargo, existen importantes diferencias territoriales con respecto a la proporción de personas de 65 y más años, siendo las comunidades con valores superiores a la media nacional (situada en el 20,15%) Asturias (27,55%), Castilla y León (26,48%) y Galicia (26,30%), que son, a su vez, algunas de las regiones más rurales del país y con mayor dispersión de la población. En 2022 en Castilla y León, el 57,19% de la población (1.357.812 personas) residía en municipios que no son capitales de provincia y el 26,87% en municipios de 5000 o menos habitantes. La población residente en municipios menores de 2000 habitantes que no ejercen funciones de centros de prestación de servicios (lo que se conoce con el nombre de “rural profundo”) suponía el 19,23% del total de la población regional (459.143 personas) (Junta de Castilla y León 2023). Los municipios de 500 o menos habitantes representan el 80% del total de municipios de la región. Por su parte, la densidad de población en el citado año en la región era de 25,2 habitantes/km<sup>2</sup>, muy por debajo de la media nacional (96 habitantes/km<sup>2</sup>) y con importantes desigualdades intrarregionales (63,9 habitantes/km<sup>2</sup> en la provincia de Valladolid, 19,6 en las provincias de Ávila y Palencia o 8,6 en la provincia de Soria, por ejemplo). A todo ello se añade un índice regional de envejecimiento [\(1\)](#) del 217,18% (frente al 137,33% en promedio a nivel estatal), con mayor incidencia en los territorios rurales (Junta de Castilla y León 2022, INE 2023).

La conjunción entre medio rural y envejecimiento adquiere una especial relevancia cuando las personas necesitan cuidados a largo plazo. La provisión de equipamientos, focalizada fundamentalmente en el medio urbano, unida al reducido número y la baja calidad de las alternativas de transporte público (Ayala y otros 2021), implican una importante desigualdad territorial en el acceso y utilización de los servicios sociales y sanitarios. Este hecho ha sido comprobado por diferentes estudios, como el de Vegas-Sánchez y otros (2022), que han puesto en evidencia, entre otras cuestiones, los graves problemas de accesibilidad a los principales servicios de cuidados de las personas que viven en zonas rurales. En esta línea, el incesante proceso de despoblación del medio rural castellanoleonés, que comenzó en la década de los 60 del siglo pasado y continúa vigente con el persistente éxodo de personas jóvenes cualificadas (*segunda despoblación*) (González-Leonardo y López-Gay 2019), junto con la insuficiente planificación de los servicios en el territorio y a un limitado compromiso político, constituyen algunos de los factores que mejor explican la escasez relativa de recursos disponibles en el entorno rural.

Las implicaciones de vivir en zonas rurales en relación con los cuidados van todavía más allá. El entorno rural, ese “espacio sociodemográfico y geográfico limitado, caracterizado por una red sociocomunitaria con elementos y valores compartidos que determina unas particulares relaciones de cuidado, conceptualizando así la realidad rural más allá de sus características demográficas y económicas” (Cerrí 2013: 2), se ha caracterizado por tener una estructura de bienestar fuertemente vinculada al pilar básico de las familias. Aunque estas no han perdido su centralidad, sí que han sufrido transformaciones significativas, como una reducción de su tamaño, un cambio en los roles internos que desempeñan sus miembros o la extensión de un imaginario en el que la responsabilidad de los cuidados trasciende del espacio privado e involucra a toda la sociedad. Dentro de la familia, los cuidados continúan recayendo principalmente en las mujeres, si bien su incorporación progresiva al mercado laboral o la reducción del número de personas pertenecientes a la conocida como *generación soporte* (Osorio-Parraguez 2022) ha supuesto que la realidad de los cuidados, no dejando de ser eminentemente femenina, haya derivado parcialmente hacia el espacio extra doméstico. Finalmente, y a pesar de que el apoyo intracomunitario

procedente de las redes vecinales se considera mayor que en el entorno urbano (Gil 2024), este ha demostrado ser insuficiente para atender el volumen de necesidades existentes.

Ante todo, y aunque la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a partir del año 2007 vino a cubrir una falta notable de políticas sobre cuidados de larga duración en España, los servicios sociosanitarios para favorecer el cumplimiento del deseo mayoritario de las personas mayores de permanecer en su hogar todo el tiempo posible son insuficientes en el medio rural (Fitzgerald y Caro 2014), lo que aboca en numerosas ocasiones a la utilización de centros residenciales como la única opción disponible (Deusdad y otros 2016).

## **1.2. Hacia la atención integral, integrada y centrada en la persona**

A pesar de que en materia de cuidados no caben respuestas únicas o unívocas, las últimas tendencias internacionales apuntan hacia el desarrollo de sistemas que impulsan atenciones sociosanitarias de carácter integral, proporcionadas en el hogar y la comunidad e inspirados por la atención centrada en la persona.

Por una parte, la atención integral implica un conjunto coherente y coordinado de atenciones multidisciplinares, en consonancia con un modelo de calidad de vida multidimensional que contempla tanto el bienestar físico como social y emocional (Gómez y otros 2009). Este enfoque de atención ha incrementado su relevancia por favorecer la permanencia en el entorno habitual y varios estudios han evidenciado efectos positivos en dimensiones como la calidad percibida de la atención, la satisfacción de las personas destinatarias o el uso eficiente de los recursos (De Bruin y otros 2012, Prieto y de la Rosa 2021).

La atención integrada, por su parte, está estrechamente vinculada con las políticas de apoyo a las personas para vivir el mayor tiempo posible en sus hogares y comunidades (*ageing in place*), cada vez más frecuentes por su congruencia con los deseos personales y sus efectos positivos sobre la calidad de vida (Gouveia y otros 2016). La integración de los cuidados en el entorno sociofamiliar se lleva a cabo a través de servicios de proximidad y debe contemplar factores como las redes sociales de apoyo, la seguridad en la vivienda o la profesionalización de las atenciones y su calidad, si bien las personas que viven en el medio rural son más vulnerables a la ausencia –o el desconocimiento– de este tipo de servicios (Pynoos y otros 2005, Tshesebe y Strydom 2016).

El proceso de *revolución en la cultura de los cuidados*, al que asistimos desde hace años y por el cual adquiere cada vez más relevancia la dimensión social de los cuidados frente a los posicionamientos de carácter biomédico (White-Chu y otros 2009), ha tenido como hito central la aparición del *modelo de atención (integral) centrada en la persona*. Este modelo “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez 2022: 31). Entre sus principios, destacan el de adecuación de las atenciones a los deseos personales, así como su orientación hacia el desarrollo de las capacidades intrínsecas, el empoderamiento y la activación de la comunidad (Goodwin 2016). La evidencia ha demostrado cómo estos modelos aumentan la calidad de la atención, la autonomía y el bienestar de las personas, así como la satisfacción laboral y el compromiso de las y los profesionales implicadas/os (Huang y otros 2020).

Los programas innovadores de cuidados de larga duración en los que convergen los principios de la atención integral, integrada y centrada en la persona son cada vez más frecuentes a nivel mundial. Entre otros, destacan los programas norteamericanos *All Inclusive Care of the Elderly* (PACE), *Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders* (CAPABLE) (Cacchione 2020) o el programa canadiense *System of Integrated Care for Older Persons* (SIPA) (Béland y otros 2006). En Europa también se identifica una variedad de programas y proyectos con una orientación análoga, como el proyecto holandés *Buutzorg* (Leichsenring 2015) o los españoles *Etxean Bizi* en Euskadi y el propio AGE MC en Castilla y León, que se presenta más adelante.

## **1.3. Trabajo social, cuidados y comunidades rurales**

El envejecimiento de la población supone un desafío para las profesiones y disciplinas que, como el trabajo social, atienden a las necesidades del colectivo de personas mayores desde distintos sistemas de protección (Díaz y otros 2020). Asimismo, sus profesionales en el marco de los servicios sociales están

llamados a asumir un papel central en el proceso de reconfiguración de los cuidados hacia la atención integral, integrada en la comunidad y centrada en la persona, especialmente en el medio rural.

Por otra parte, las y los profesionales del trabajo social asumen un volumen importante de los cuidados en su dimensión social, por lo que son un recurso humano central en la provisión de atención integral, al tiempo que sus aptitudes les convierten en facilitadores de la coordinación, el trabajo en equipo y la gestión de casos (Pestine-Stevens y Greenfield 2020). El conocimiento que tienen de la realidad social y de los sistemas de protección asegura un papel relevante de estas/os profesionales en la identificación de recursos y el desarrollo de estrategias para superar las barreras en el acceso, lo cual es especialmente relevante para articular la atención integral en el medio rural (Hong 2006).

Además, los vínculos directos y cercanos de los diferentes perfiles de trabajadoras y trabajadores sociales con las comunidades en las que intervienen hacen que su papel sea esencial para procurar la atención integrada. En este sentido, articulan la prestación de las atenciones en el entorno próximo, empoderan a las personas mayores y sus familias a través de la información sobre los recursos existentes y apoyan en el proceso de acceso a estos (Joostepn 2015). Asimismo, promueven la dinamización comunitaria, el fortalecimiento de los vínculos sociales y el desarrollo de redes de apoyo interpersonal, facilitando que las personas se conviertan en protagonistas de la mejora de su calidad de vida (Pastor-Seller 2021).

La convergencia entre los valores y principios de la disciplina y los defendidos por el modelo de atención centrada en la persona, el enfoque psicosocial del trabajo social en la aproximación a la realidad, así como el respeto a la dignidad y la promoción de la autodeterminación, autonomía y participación social (Cordero y Palacios 2017), posicionan a las y los profesionales del trabajo social como agentes clave en la personalización de las atenciones (Spitzer y Davidson 2013, Rodríguez 2022).

Por último, un elenco de investigaciones a nivel internacional ha estado orientado a identificar los roles y funciones principales de las y los profesionales del trabajo social en servicios de cuidados de larga duración para personas mayores. Entre los roles más recurrentes, destacan el de la administración de servicios, la gestión de casos, la atención directa a personas y familias, la individualización de las atenciones y la dinamización comunitaria (Koren y Doron 2005, Bern-Klug y Kramer 2013, Uittenbroek y otros 2018) cuya validez para el contexto en el que se sitúa este estudio también será considerada.

## **2. Métodos**

### **2.1. Contexto de la investigación: el proyecto AGeMC**

El proyecto piloto AGeMC fue impulsado por la Junta de Castilla y León en el marco de la *Estrategia regional de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo 2017-2021*, y se desarrolló entre mayo de 2018 y diciembre de 2020 en una zona rural de la provincia de Ávila que, por sus características, es representativa de la realidad sociodemográfica de la región (envejecimiento, baja densidad y dispersión de la población). Los objetivos de AGeMC fueron dos: de un lado, implementar un modelo innovador de cuidados orientado a facilitar la permanencia de las personas mayores en situación de dependencia en el entorno habitual; y, de otro, generar evidencias a través de un proceso sistemático de evaluación orientado a la toma de decisiones, ante la pretensión de extender este modelo a toda la comunidad.

El modelo de atención implicó la prestación de servicios sociosanitarios de proximidad a 132 personas destinatarias. A nivel sociodemográfico, el 56,1% fueron mujeres y el 43,9%, hombres. La mayoría de las personas atendidas (58,3%) tenían 80 o más años, el 29,6% entre 60 y 79 años y el 10,6% eran menores de 60 años, no constando la edad del 1,5% restante. En cuanto a la situación de dependencia, intrínsecamente relacionada con los cuidados requeridos, el 30,3% tenía reconocido un grado I o de dependencia moderada, en idéntica proporción a aquellas con un grado II o de dependencia severa (30,3%). El 20,5% de las personas se encontraban en situación de gran dependencia (grado III), mientras que el 18,9% no tenía ningún grado reconocido al amparo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia), aunque necesitaban apoyos para su autonomía personal.

En cuanto a los servicios prestados, se realizaron adaptaciones en la vivienda cuando fueron necesarias para conseguir un hogar seguro, facilitador de la autonomía y de la permanencia en el mismo. Paralelamente, el proyecto impulsó la aplicación de nuevas tecnologías en los cuidados, la dinamización

comunitaria y el voluntariado, todo ello desde un enfoque de atención centrada en la persona para que, en función de sus deseos, los participantes pudieran definir su propio proyecto vital y decidir qué apoyos recibían en cada momento.

Para alcanzar sus objetivos el proyecto impulsó una organización intersectorial de la provisión de cuidados caracterizada por la colaboración público-privada, contando con la participación de los servicios sociales y de salud públicos del nivel regional, los servicios sociales comunitarios de carácter local, así como de varias entidades del tercer sector de acción social con presencia en el territorio.

## **2.2. Enfoque de la investigación y trabajo de campo**

El trabajo que aquí se presenta se fundamenta en el análisis de la abundante información generada durante el proceso de investigación realizado para el seguimiento y evaluación del proyecto piloto AGeMC (2), cuyos principales objetivos fueron los de analizar su funcionamiento y eficacia y extraer información significativa para fundamentar la toma de decisiones en el ámbito de la planificación de políticas sociales y orientar la práctica basada en la evidencia (Grinnell y Unrau 2005).

La complejidad que implica la evaluación de modelos innovadores de cuidados, junto a su carácter multidimensional (Billings 2013), exigió la utilización de una pluralidad de métodos, técnicas e instrumentos para la recogida de información. Para ello, la investigación evaluativa desarrollada en el proyecto AGeMC combinó intencionalmente métodos cuantitativos y cualitativos desde un diseño de métodos mixtos de carácter convergente o concurrente (Creswell y Plano 2017).

En el trabajo de campo se identificó como informantes clave a los principales actores implicados en el proyecto: las personas destinatarias de las atenciones, sus familias, los distintos perfiles profesionales y técnicos participantes, así como gestores y responsables directivos de las entidades públicas y privadas participantes. Desde un enfoque cualitativo, se desarrollaron entrevistas en profundidad y grupos focales, elaborándose para ello guiones semiestructurados para facilitar la adaptación a las y los informantes clave, así como la obtención de respuestas amplias y reflexivas (Díaz-Bravo y otros 2013). En el plano cuantitativo se diseñó y aplicó la técnica de la encuesta, con la pretensión de obtener información que permitiera realizar comparaciones intergrupales (Casas y otros 2003), utilizándose en diferentes momentos cuestionarios estandarizados de contenido y orientación muy diversa (satisfacción de las personas destinatarias con las atenciones recibidas, rol de las y los profesionales participantes, cumplimiento de objetivos y logros alcanzados, etc.). La selección de las muestras fue intencional y alcanzó una parte significativa de la población participante en el proyecto piloto.

## **2.3. Análisis de la evidencia**

Para la realización de este trabajo, los autores seleccionaron y analizaron de forma exhaustiva una parte de la evidencia emergente de la investigación evaluativa. Con el objetivo de observar el objeto de estudio desde distintos enfoques y dar voz a todas/os las/os protagonistas del proyecto, se analizó la evidencia recabada con los diferentes perfiles de trabajadoras sociales (10 entrevistas, 8 grupos focales y 39 cuestionarios), con otros perfiles profesionales como el personal sanitario y directivo (3 entrevistas y 25 cuestionarios) y con las personas atendidas (9 entrevistas y 70 cuestionarios).

La primera fase del análisis se centró en el estudio de los documentos que contenían el diseño del proyecto AGeMC, elaborados por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León con carácter previo al inicio de las actuaciones y en los que se reflejaba tanto la estructura organizativa (entidades involucradas, figuras de coordinación y de ejecución) como la estructura funcional (roles y funciones de los diferentes órganos y profesionales implicadas/os). El objetivo de esta revisión fue identificar y sistematizar los roles inicialmente asignados a nivel programático a los diferentes perfiles de trabajadoras sociales, en función de criterios como el contexto institucional en el que se ubicaban (servicios sociales, servicios sanitarios o entidades del tercer sector) o el marco competencial de sus puestos de trabajo. Las categorías identificadas sirvieron de base para el análisis de los roles y funciones finalmente desempeñadas por las profesionales en el transcurso del proyecto a través de la evidencia empírica procedente de las técnicas de investigación aplicadas.

Por su parte, el análisis de la evidencia se desarrolló a través de dos procedimientos independientes. Por un lado, se realizó un análisis temático de carácter inductivo de la información cualitativa conforme al protocolo de Braun y Clarke (2006), contando con el soporte del software ATLAS.ti. Por otro, los datos cuantitativos procedentes de las encuestas fueron procesados con el software RStudio, que permitió

extraer los datos estadísticos descriptivos (medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión), resumir el conjunto de observaciones y generar gráficos. Finalmente, unos y otros datos fueron fusionados en una narrativa desde el enfoque de *tejido* (Fetters y otros 2013), conectados entre sí con base en las categorías temáticas identificadas para facilitar una comprensión holística del objeto de estudio.

## 2.4. Consideraciones éticas

La investigación que aquí se presenta no tuvo un carácter experimental y se evitaron intrusiones innecesarias en las vidas de las personas implicadas que pudieran producir un menoscabo de su dignidad, así como su exposición a cualquier tipo de riesgo, malestar o estrés (Giménez 2014). Del mismo modo, se recabó en todo caso el pertinente consentimiento informado, siendo todas las respuestas anonimizadas y codificadas para preservar la confidencialidad de los participantes y garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre).

## 3. Resultados

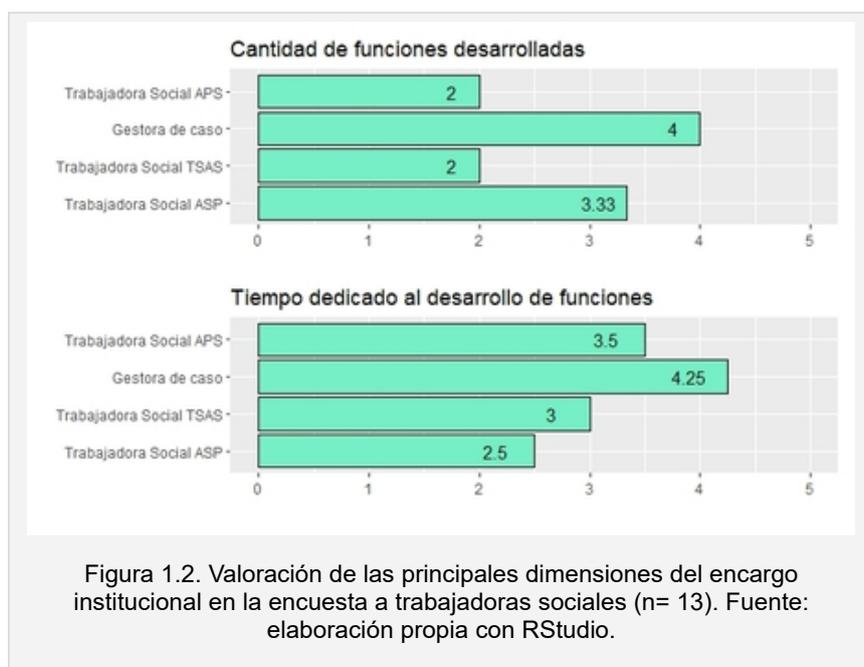
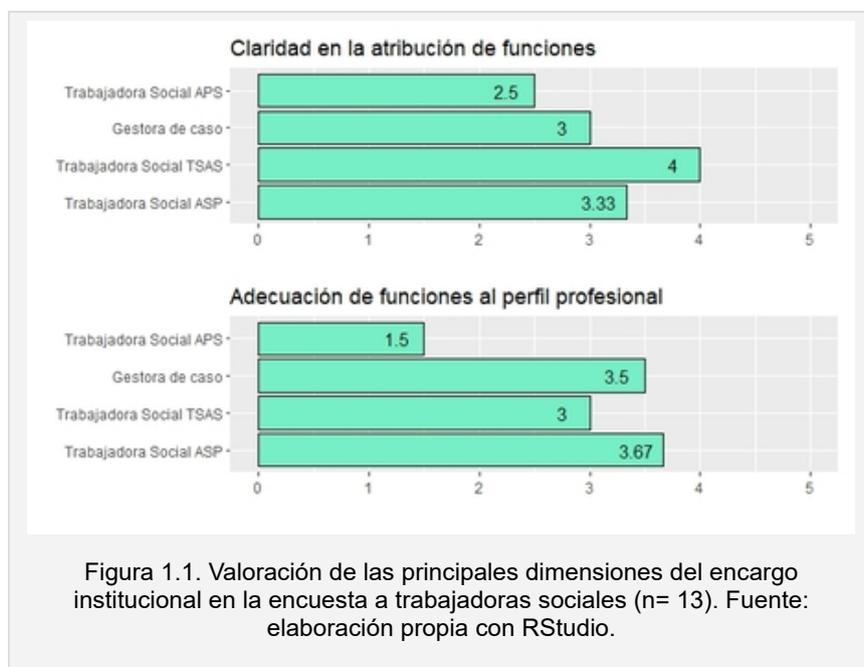
### 3.1. El encargo institucional a las y los profesionales del trabajo social en AGeMC

El análisis de los documentos programáticos permitió identificar los roles previamente definidos por la organización responsable del proyecto AGeMC para las trabajadoras sociales, mientras que, a través de la encuesta dirigida a estas profesionales ( $n= 13$ ), se profundizó en el conocimiento sobre sus roles y funciones reales en los diferentes enclaves institucionales. La afiliación de las trabajadoras sociales en el proyecto fue de cuatro tipos: servicios públicos de atención social primaria (en adelante, ASP), servicios públicos de atención primaria de salud (en adelante, APS), entidades del tercer sector de acción social (en adelante, TSAS) y entidad proveedora de servicios en el domicilio y en la comunidad (gestoras de caso). En cada ámbito institucional, las profesionales del trabajo social asumieron un rol específico en función de las necesidades operativas del proyecto que, en ocasiones, pudo resultar diferente del inicialmente previsto.

Las trabajadoras sociales de ASP, desde el rol de *coordinadoras de caso social*, informaron a potenciales beneficiarios sobre el proyecto y tramitaron sus incorporaciones, realizaron las valoraciones iniciales y fueron las responsables de la validación de los planes de apoyo provisional y de los proyectos de vida, así como del seguimiento general de las atenciones. Las trabajadoras sociales de APS, por su adscripción al sistema de salud, asumieron el rol de *gestoras de caso sanitario* y realizaron funciones vinculadas con la elaboración de los planes de apoyos y cuidados sanitarios (en colaboración con el equipo de salud) y con el seguimiento de las atenciones que estos incluían.

Las gestoras de caso, desde su rol de *gestoras de caso social*, trabajaron en la elaboración de los planes de apoyo personal y de los proyectos de vida, en la valoración y provisión de adaptaciones en el hogar, ayudas técnicas y servicios de proximidad, así como en el apoyo y capacitación de cuidadores no profesionales y en la coordinación de las atenciones. Por último, con el rol de *proveedoras de servicios*, las trabajadoras sociales del TSAS intervinieron en la gestión de servicios como el voluntariado o la teleasistencia, participando a su vez en el seguimiento de los casos.

Todos los perfiles de trabajadoras sociales participaron en varias fases del proceso de intervención, aunque con diferente intensidad dependiendo de si su dedicación laboral fue exclusiva para el proyecto (como las gestoras de caso) o parcial (trabajadoras sociales de ASP, APS y TSAS). Sus valoraciones con respecto a la claridad y adecuación del encargo institucional, así como sobre la cantidad de funciones y el tiempo dedicado a su desarrollo, también fueron diversas. La figura 1 muestra estas percepciones sobre el encargo institucional con base en una escala numérica en la que 1 representa la valoración más negativa de cada dimensión y 5 la más positiva.



La consideración de estos asuntos en las entrevistas y en los grupos focales reveló que, para la mayoría de las profesionales, sus funciones estaban claramente definidas a nivel programático (la *claridad en la atribución de funciones* fue valorada con 3,2 puntos de media sobre 5), si bien en ocasiones observaron una ausencia de directrices y protocolos claros para su ejecución y discrepancias entre las funciones encomendadas y aquellas efectivamente desarrolladas, lo que se explicaría, en buena parte, por el carácter innovador del proyecto.

“Para mí el problema fundamental es que en el papel quedaban muy claras las funciones de cada uno... pero nuestras funciones no se han respetado” (Trabajadora social ASP, grupo focal 2).

La valoración más baja sobre la *adecuación de las funciones encomendadas al perfil profesional* (1,5 puntos frente a 2,92 de media) procedió de las trabajadoras sociales de APS, quienes manifestaron haber asumido, fundamentalmente, un papel de transmisión de información entre las gestoras de caso y el personal sanitario. En este sentido, existió un amplio consenso sobre la posibilidad de haber contribuido más ampliamente a la consecución de los fines del proyecto desde unas funciones más acordes a su dominio profesional.

“Nosotras no participamos en la selección y deberían preguntarnos sobre la situación del paciente a la hora de realizar la valoración de necesidades” (Trabajadora social APS, grupo focal 1).

Las trabajadoras sociales de ASP, por su parte, plantearon que algunas de sus funciones habituales habían sido atribuidas, en el marco del proyecto, a las gestoras de caso, lo que desde su perspectiva pudo haber supuesto una pérdida de oportunidad en la medida en que ellas tenían un conocimiento previo de las situaciones personales de las personas atendidas y un contacto continuado y sólido con los servicios comunitarios, lo que es esencial para la integración de las atenciones en el entorno habitual de las personas usuarias.

“Nosotras, que conocemos los casos, que nuestra función como concededoras de los casos se quede en nada... eso va creando desmotivación” (Trabajadora social ASP, grupo focal 2).

La *cantidad de funciones desarrolladas* fue valorada por las profesionales encuestadas con un 2,83 de media, siendo las puntuaciones de las trabajadoras sociales de APS y del TSAS las más bajas y representativas de un menor volumen de funciones: “Veo que nuestro papel es mínimo” (Trabajadora social TSAS, entrevista 2).

Entre las gestoras de caso existió una percepción generalizada de una excesiva carga de trabajo (tanto a nivel de tareas y cometidos como en las ratios de atención), hasta el punto de dificultar su desarrollo. La contratación ulterior de personal de apoyo para tareas administrativas liberó parte de esta sobrecarga, facilitando la dedicación de estas profesionales a la intervención directa con personas y familias: “De esto... ¿quién se encarga? Venga, las gestoras” (Gestora de caso, grupo focal 3).

Finalmente, en el discurso de las trabajadoras sociales de ASP estuvo latente una doble perspectiva. Por una parte, algunas de ellas consideraron que la cantidad de funciones fue limitada (y, por ende, también el *tiempo dedicado a su desarrollo*), si bien otras profesionales aludieron a una sobrecarga laboral por la suma del proyecto a la gran cantidad de tareas que tenían atribuidas previamente en el marco de sus respectivos servicios. Las trabajadoras sociales de APS, por su parte, señalaron que el poco calado que tuvo el proyecto sobre el resto de las y los profesionales sanitarios/os implicó la necesidad de dedicar mucho tiempo a explicarles su contenido y finalidad. El tiempo dedicado al desarrollo de las funciones fue, sin embargo, la dimensión mejor valorada (3,69 de media).

## **3.2. Principales roles en la intervención**

Del discurso de las trabajadoras sociales en las entrevistas y los grupos focales emergieron una serie de temas que se corresponden con los principales roles asumidos durante el proyecto. La exploración de estos aportó una información significativa sobre el alcance y las características de su intervención en orden a hacer efectivo un modelo de atención integral, integrada y centrada en la persona en el medio rural. Asimismo, las valoraciones realizadas por otros perfiles profesionales participantes en AGeMC, como enfermeros/as y médicos/as, gerentes de entidades o personal directivo de los servicios públicos, contribuyeron a dimensionar la naturaleza y el alcance de estos cometidos.

### **3.2.1. Difusión del proyecto en el entorno**

Las trabajadoras sociales fueron las principales encargadas de difundir el proyecto AGeMC en las comunidades rurales donde se implantó. Estas reconocieron la complejidad de dicha tarea en los primeros momentos, si bien una vez informada parte de la población, la comunicación entre los habitantes de la zona facilitó que fueran las propias personas interesadas quienes demandaran los servicios.

“Al principio nos costó un triunfo dar a conocer el proyecto (...). Luego, con el boca a boca, eran ellos quienes venían y demandaban” (Trabajadora social ASP, grupo focal 4).

Por su parte, las profesionales incidieron en la importancia de realizar la difusión del proyecto a través de las Administraciones locales, dadas las especificidades del entorno rural. Aunque echaron en falta la existencia de una estrategia más sólida de difusión a través de esta vía, algunas de ellas trabajaron para revertir la situación informando directamente a los Ayuntamientos.

“Yo creo que lo que deberíamos haber hecho todas las personas que participamos en el proyecto y que realmente confiamos en sus beneficios para las personas es más presión a las Administraciones

públicas” (Gestora de caso, entrevista 6).

Finalmente, las trabajadoras sociales de APS adquirieron un papel relevante en la difusión del proyecto entre el conjunto del personal sanitario, mientras que las trabajadoras sociales del TSAS utilizaron las campañas de difusión como vía prioritaria para la captación del voluntariado en el entorno, en cumplimiento de su cometido.

### **3.2.2. Información y orientación a personas y familias**

Uno de los principales roles que las trabajadoras sociales asumieron como propio fue el de facilitar el conocimiento y la comprensión a las personas destinatarias sobre los servicios que incluye el proyecto. En este sentido, las gestoras de caso y las trabajadoras sociales de ASP intervinieron con las personas mayores y sus familias para mejorar su comprensión sobre el servicio de asistencia personal, frecuentemente confundido con otras figuras como la de ayuda a domicilio o los cuidados no profesionales. Las gestoras manifestaron la importancia de informar debidamente sobre esta figura desde el momento de adhesión al proyecto, así como de las condiciones económicas y de intensidad que, en función de las circunstancias, procedían para cada caso. Asimismo, las dos partes involucradas en las tareas de información y orientación (trabajadoras sociales de ASP y gestoras), subrayaron la importancia de los procesos de coordinación para su coherencia y eficacia.

“Intentar tener esa coordinación, esa llamada, entre el CEAS (3) y las gestoras de caso, para ver de qué forma podemos hacer entender al familiar o a la persona que está siendo atendida por qué el sistema es así” (Gestora de caso, entrevista 6).

### **3.2.3. Figura de referencia para las personas destinatarias**

En el discurso de los informantes clave fue generalizada la consideración de las trabajadoras sociales de ASP como una figura de referencia para las personas destinatarias. Esta circunstancia fue explicada, entre otras razones, por la relación de confianza que las trabajadoras sociales mantenían con muchas de ellas antes de iniciarse el proyecto, por el conocimiento previo y muy cercano que tenían de las necesidades de las personas a las que se dirigía AGeMC y por su ubicación en el entorno de proximidad en un papel de dinamización y conexión en el ámbito comunitario.

“Creo que es necesaria la participación de las trabajadoras sociales de los servicios sociales básicos porque ya parten de una realidad y conocen las demandas de las personas y familias” (Personal directivo, entrevista 11).

Esta posición generó en ellas una sensación de especial responsabilidad sobre la situación de las personas atendidas, así como un debate sobre si, en su condición de coordinadoras de caso social, deberían haber asumido un mayor protagonismo en la valoración de las necesidades, en el diseño de los planes de apoyo y en la realización de su seguimiento:

“Creo que, como coordinadoras de caso, deberíamos haber tenido más protagonismo” (Trabajadora social ASP, grupo focal 5).

De hecho, las propias gestoras de caso, como principales responsables del desarrollo de los planes de apoyo y los proyectos de vida, reconocieron que la participación de las trabajadoras sociales de ASP (y también de APS) en este ámbito podría haber sido mayor.

“Luego sí que podríamos tener más contacto con el CEAS y con el SACyL [acrónimo referido al sistema público de salud de la comunidad autónoma de Castilla y León] para poder desarrollar aquellos aspectos en los que ellos puedan contribuir” (Gestora de caso, entrevista 5).

### **3.2.4. Trabajo en red**

El trabajo en red fue valorado por las informantes clave como un elemento central para el desarrollo de un proyecto que, como AGeMC, perseguía la atención integral, centrada en la persona e integrada en su entorno sociofamiliar rural. En este sentido, las trabajadoras sociales de ASP manifestaron que el planteamiento inicial del proyecto conllevó un gran número de reuniones que resultaron muy efectivas desde el punto de vista del trabajo en red. Sin embargo, este se hubiera visto favorecido por un mayor esfuerzo en la definición de objetivos compartidos, por la integración estructural de algunos perfiles profesionales en los equipos de intervención (animadoras comunitarias) y por haber podido contar, desde

el principio, con soportes documentales y tecnológicos funcionales para el intercambio de información (que se fueron construyendo colectivamente a lo largo del proceso de implementación).

“Había un objetivo general, pero yo creo que cada institución o cada entidad tenía objetivos o una forma de entender el proyecto distinta” (Trabajadora social ASP, entrevista 3).

Las gestoras de caso enfatizaron tanto la importancia de la coordinación para sumar capacidades, generar sinergias interprofesionales y brindar atenciones de calidad, como la dificultad en su desarrollo cuando implica a múltiples profesionales y entidades.

“El contacto con las compañeras de CEAS es muy continuo, porque a nosotras también nos surgen dudas para poder adaptarnos a cada caso individual (...). Llevan trabajando con ellos durante muchos años” (Gestora de caso, grupo focal 5).

El trabajo en red, por su parte, fue identificado como uno de los elementos más enriquecedores para las trabajadoras sociales de APS en el proyecto. Asimismo, reconocieron la complejidad de coordinarse con otros profesionales, sobre todo cuando confluye con circunstancias como la sobrecarga laboral.

“Lo que me ha hecho crecer más es haber participado en el trabajo con la visión de los CEAS y las gestoras de caso (...). Pocas veces hay una plataforma en la que podamos ponernos así codo con codo” (Trabajadora social APS, entrevista 10).

Las trabajadoras sociales de ASP y las gestoras de caso reafirmaron el enriquecimiento posibilitado por el trabajo en red, considerándolo además como un impulso para su desarrollo profesional y una oportunidad para recuperar el foco en la persona.

“A mí lo que más beneficios me ha aportado a nivel profesional ha sido el trabajo en equipo” (Trabajadora social ASP, grupo focal 5).

La coordinación y el trabajo en red también fueron considerados por las trabajadoras sociales del TSAS como esenciales para poner a disposición de las personas destinatarias el servicio de voluntariado, para lo cual la integración del conocimiento del recurso y de las necesidades personales fue fundamental.

“Ella (trabajadora social ASP) visitó a la persona primero, para ver qué necesidades tenía, y en función de eso vimos dentro de los voluntarios quién podía encajar” (Trabajadora social TSAS, entrevista 2).

### **3.2.5. Coordinación de equipos de trabajo**

Estrechamente relacionado con el trabajo en red, las trabajadoras sociales también adquirieron un papel relevante en la coordinación de equipos de trabajo. Este rol fue especialmente patente en los equipos de los servicios sanitarios, donde las trabajadoras sociales de APS informaron al personal médico y de enfermería sobre el contenido y funcionamiento de AGeMC y coordinaron e impulsaron su participación.

“La trabajadora social del centro es la que a nosotros nos ha coordinado y nos ha implicado en el programa” (Médica, entrevista 13).

Las propias trabajadoras sociales de los centros de salud reafirmaron esta perspectiva al reconocer que destinaron una parte relevante de su trabajo a la articulación de las intervenciones sanitarias.

“Dentro del equipo de atención primaria a la salud, el impacto del proyecto nos lo hemos llevado nosotras. Hemos hecho las reuniones con los equipos, les hemos contado lo que se pretendía hacer y qué podían hacer ellos” (Trabajadora social APS, entrevista 10).

Con respecto a las trabajadoras sociales de ASP, el resto de las y los profesionales participantes en el proyecto indicaron la centralidad de su intervención en lo relativo al liderazgo y coordinación de las atenciones recogidas en los planes de apoyo, subrayando como especialmente relevante su conocimiento y contacto previo con las situaciones personales.

“La trabajadora social de servicios sociales básicos es la persona que tiene que dirigir los proyectos individualizados de atención, porque lo conocen y lo van a valorar desde las necesidades de las personas” (Trabajadora social APS, grupo focal 1).

### 3.2.6. Personalización de las atenciones

Por último, las trabajadoras sociales dedicaron una parte sustancial de su actividad a la personalización de las atenciones. Este rol fue desempeñado tanto a través de la atención directa a personas y familias como en la dimensión técnico-procedimental, que implica el desarrollo de las historias y los proyectos de vida, instrumentos innovadores orientados a facilitar el cumplimiento de los principios de la atención centrada en la persona.

“La historia de vida es más innovadora que otras herramientas que manejamos en trabajo social. Va más allá de lo que puede ser un informe social, porque está narrada en primera persona y permite extraer mucha más información subjetiva. Te permite volver a recolocar a la persona y ponerla en el centro” (Trabajadora social TSAS, entrevista 8).

La valoración positiva de estos instrumentos se fundamentó en su utilidad para profundizar en el conocimiento de los deseos, intereses y preferencias de quienes reciben los cuidados y para alcanzar los principales fines del proyecto, entre los que se encuentra la permanencia en el entorno habitual, aunque también señalaron la necesidad de incidir en la dimensión comunitaria y las relaciones sociales para aumentar su coherencia y efectividad.

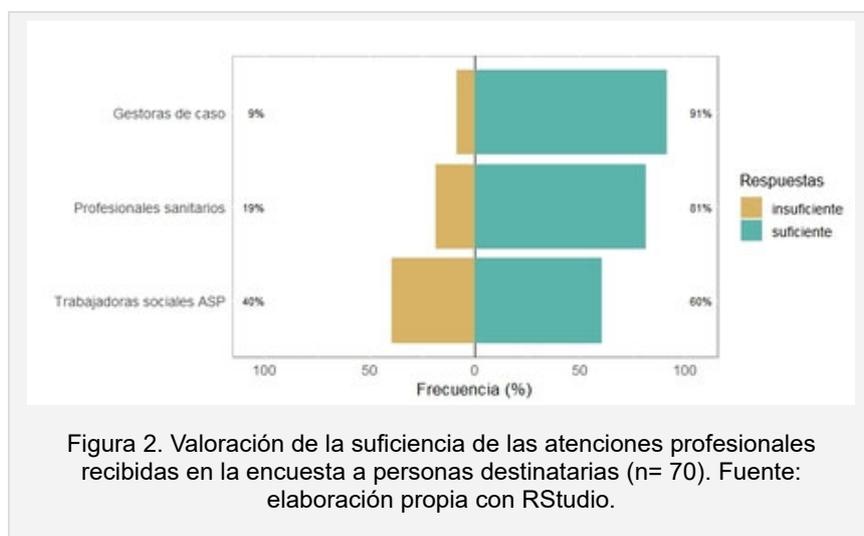
“La historia de vida y el proyecto de vida creo que son indispensables para lo que queremos conseguir: que las personas se mantengan en el domicilio” (Gestora de caso, entrevista 7).

Por último, las profesionales señalaron que la personalización de las atenciones implica mucho tiempo y, en ocasiones, el volumen de personas destinatarias complejizó su desarrollo, aunque el marco del proyecto fue valorado como una oportunidad para su efectivo cumplimiento.

“El hecho de situar a la persona en el centro de la atención es algo básico de primero de Trabajo Social. Aunque todas teóricamente tenemos interiorizado en qué consiste esta forma de trabajar, en la práctica muchas veces es difícil poner en marcha este modelo, por motivos como infraestructuras, normativa, falta de recursos (...). Creo que este proyecto sí que ha dado ese impulso” (Trabajadora social TSAS, entrevista 8).

### 3.3. Valoración de la atención social por las personas destinatarias

Las personas destinatarias también tuvieron la oportunidad de valorar la atención brindada por las trabajadoras sociales, tanto a través de una encuesta como de entrevistas. Una de las dimensiones valoradas cuantitativamente fue la relativa a la suficiencia de las atenciones (figura 2), en la que se diferencia entre aquellas proporcionadas por las trabajadoras sociales de ASP y las gestoras de caso –como profesionales del trabajo social que, por el rol desempeñado, mantuvieron contacto con todas las personas atendidas–, y por las y los profesionales sanitarios/os, con el objetivo de posibilitar comparativas.



La atención prestada por las gestoras de caso fue considerada como suficiente por el 91% de las personas encuestadas, convirtiéndose en la valoración más positiva. Por su parte, el 81% avaló la

suficiencia de la atención prestada por las y los profesionales sanitarios/os, existiendo una diferencia significativa con respecto a las trabajadoras sociales de ASP, cuya valoración obtuvo un 60% de respuestas positivas. Esta desigual valoración se explica, entre otras razones, por el distinto nivel de presencia que establecía AGeMC para estos tres perfiles profesionales en la intervención domiciliaria: las gestoras de caso asumían la provisión de los servicios en el hogar (lo que les exigía un contacto continuo y prolongado con las personas), mientras que las trabajadoras sociales de ASP actuaban como coordinadoras de caso social sin presencia en el domicilio y el personal sanitario también desarrollaba sus funciones, normalmente, en el ámbito extra domiciliario.

A través del análisis del discurso de las personas entrevistadas, fue posible detectar algunos de los factores vinculados con el sentido de las respuestas. Entre otras cualidades, las personas destinatarias destacaron de las gestoras de caso su permanente disponibilidad y el interés continuo por sus situaciones, que se tradujeron en la respuesta a todas sus peticiones, en la proposición de recursos para mejorar su bienestar y en la realización de visitas periódicas. Todos estos aspectos, establecidos en la definición del rol profesional de las gestoras de caso en el proyecto AGeMC, revelan la importancia que tuvo para las personas destinatarias el hecho recibir un seguimiento cercano y cálido, lo que se tradujo en altos índices de satisfacción en aspectos como la sensación de seguridad en el hogar, el sentimiento de encontrarse acompañadas y el reconocimiento de estar, en definitiva, bien atendidas: “Siempre ha estado pendiente de si necesitábamos algo, siempre” (Persona destinataria, entrevista 5).

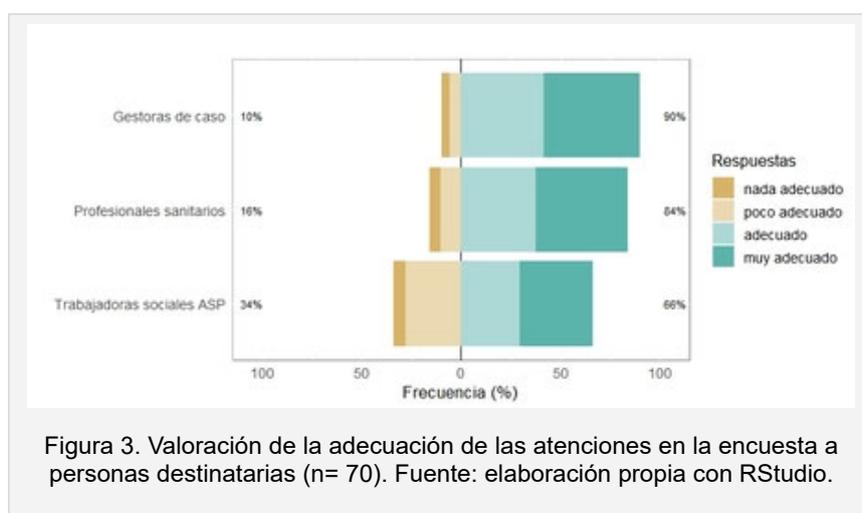
A pesar de ello, también señalaron áreas de mejora como la necesidad de incrementar su apoyo para el desarrollo de trámites administrativos y garantizar una información accesible y comprensible para todas las personas.

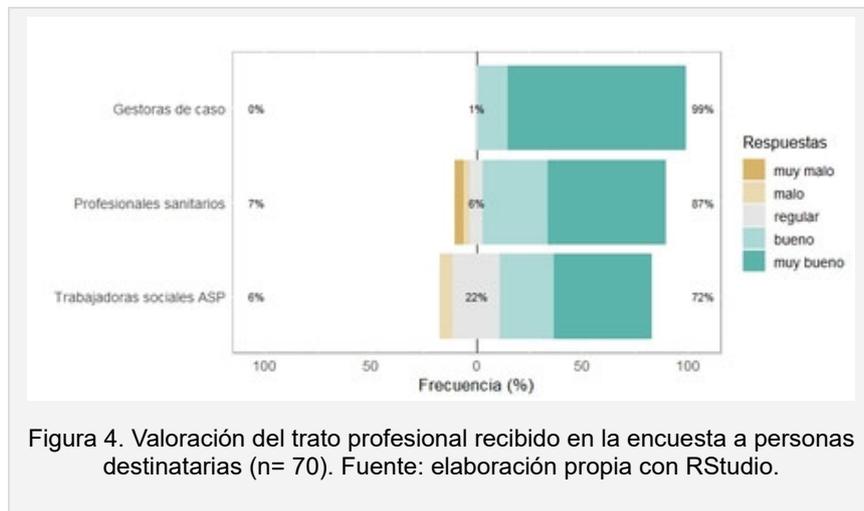
“Pues, por ejemplo, facilitarme el desarrollo de papeleos cuando han sido necesarios” (Persona destinataria, entrevista 2).

De las trabajadoras sociales de ASP, con menor presencia en el domicilio en favor de la labor realizada por las gestoras de caso, las personas entrevistadas destacaron tanto su capacidad para proponer soluciones a sus necesidades como las orientaciones, información y facilidades brindadas para posibilitar su participación en AGeMC. Sin embargo, también abogaron por recuperar la continuidad en la atención y el seguimiento de sus situaciones que recibían con anterioridad a la puesta en marcha del proyecto piloto.

“Quizá deberían preocuparse un poco más, porque no simplemente es venir a hacer una valoración (...) y ya no te pregunto cómo estás, si necesitáis algo más, si ha mejorado o empeorado la situación...” (Persona destinataria, entrevista 5).

La encuesta a personas destinatarias también incluyó las variables de adecuación de las atenciones y el trato recibido por parte de los mismos perfiles profesionales (figuras 3 y 4).





Ambas dimensiones adquirieron un patrón de valoración similar al de la suficiencia, siendo la atención de las gestoras de caso la mejor valorada. De nuevo, la presencia en el hogar, el seguimiento cercano y la atención continuada se revelaron como elementos clave en la valoración de los cuidados domiciliarios. Un 90% de las personas encuestadas consideraron la atención recibida de estas profesionales como adecuada o muy adecuada, mientras que el 99% valoró el trato recibido como bueno o muy bueno. En las entrevistas, las personas atendidas destacaron la actitud empática y dialogante, la flexibilidad en los apoyos y el trato cálido en la relación como factores determinantes a la hora de estimar el desempeño profesional de las gestoras de caso: “La verdad es que tienen un trato hacia las personas muy bueno, muy dulce, muy atenta” (Persona destinataria, entrevista 7).

Finalmente, el 66% de las personas concibieron la atención de las trabajadoras sociales de ASP como adecuada o muy adecuada y el 72%, su trato como bueno o muy bueno. Las y los profesionales sanitarios/os, por su parte, obtuvieron nuevamente una valoración intermedia.

#### 4. Discusión

Tal y como plantean Díaz y otros (2020), el envejecimiento de la población y la reconfiguración de los sistemas de cuidados suponen un importante reto para el trabajo social. Este estudio de caso realizado en torno a la puesta en marcha de un proyecto piloto de cuidados de larga duración domiciliarios en una zona rural ha puesto de manifiesto que la intervención de las trabajadoras sociales constituye un elemento central para hacer efectivas las principales claves estratégicas orientadas a la consecución de sus fines, como la coordinación sociosanitaria, la atención integral, integrada y centrada en la persona o el trabajo en red.

Las trabajadoras sociales en AGeMC asumieron, desde diferentes posiciones organizativas y con distintos grados de dedicación, una variedad de funciones que pueden ser categorizadas en seis roles principales: difusión del proyecto en el entorno, información y orientación directa a personas y familias, figura de referencia para las personas destinatarias, trabajo en red, coordinación de equipos de trabajo y personalización de las atenciones. Estos roles son consistentes con los observados en investigaciones anteriores (Koren y Doron 2005, Bern-Klug y Kramer 2013, Uittenbroek y otros 2018), si bien la comparativa entre resultados ha permitido detectar la escasa presencia en el caso analizado del relativo a la dinamización comunitaria, especialmente importante para la activación y potenciación de unas redes sociales de apoyo particularmente configuradas en las comunidades rurales.

Los roles desarrollados han sido esenciales tanto en la implementación del modelo de atención que inspira AGeMC, como para la superación de una variedad de barreras en el acceso a los cuidados que, con frecuencia, sufren los habitantes del medio rural. Una de ellas hace referencia no sólo a la menor disponibilidad de servicios y recursos de cuidados en comparación con el entorno urbano, sino también al desconocimiento generalizado de su existencia (Martín y Rivera 2022). La difusión en el entorno y la información directa sobre el proyecto supuso un apoyo clave para el conocimiento y la comprensión de los servicios, facilitando la toma de decisiones informada, la autodeterminación y el ejercicio de los derechos personales (Moberg y otros 2016, Cordero y Palacios 2017). Sin embargo, esta vía de apoyo en el acceso a los servicios de cuidados se vio limitada por razones como las dificultades para diseñar y

desplegar estrategias colaborativas de comunicación que implicasen a las Administraciones locales y a los grupos de interés en el entorno comunitario, lo que hubiera permitido que la información llegara a un mayor número de personas (Tshesebe y Strydom 2016).

El estudio también ha permitido posicionar a las trabajadoras sociales como profesionales de referencia para las personas destinatarias. Este hecho implicó escuchar a las personas y ponerlas en valor como base para la creación de una relación de confianza, esencial para procurar la personalización de las atenciones (Xie y otros 2012) que, por otra parte, también constituyó uno de los principales roles de las trabajadoras sociales en el proyecto. En consonancia con el modelo de atención centrada en la persona, las profesionales convirtieron sus deseos y preferencias en el principio inspirador de las intervenciones (Van Haltsma y otros 2014), utilizando para ello instrumentos como las historias y los proyectos de vida, o mediante la cocreación de planes de atención. Alineado con los resultados de trabajos anteriores (Goodwin 2016), nuestro estudio ha permitido evidenciar que la personalización de las atenciones resulta más factible y efectiva cuando se produce una disminución en las ratios de atención y una mayor activación de la comunidad y de sus recursos.

Las trabajadoras sociales también fueron parte del trabajo en red e intervinieron para la coordinación de sus diferentes actores, constituyéndose en un elemento imprescindible para la integración de las atenciones en un entorno rural caracterizado por la dispersión y la baja intensidad de los servicios. En este sentido, las trabajadoras sociales de APS sirvieron de nexo entre los servicios sociales y sanitarios, impulsando la colaboración de los dispositivos de atención primaria en uno y otro sistema, mientras que la propia figura de las gestoras de caso tuvo como misión principal evitar la fragmentación y articular las diferentes atenciones con base en las necesidades e intereses personales (Leichsenring 2015). Sin embargo, también se detectaron disfuncionalidades en la coordinación y el trabajo en red que coinciden con los resultados de investigaciones anteriores (Pestine-Stevens y Greenfield 2020), como la falta de consistencia de los objetivos compartidos, la existencia de rupturas en el intercambio de información y una desigual implicación de las y los profesionales intervinientes. La superación de estos límites, por tanto, contribuiría al abordaje de las necesidades personales desde un prisma biopsicosocial, de manera que los cuidados en el entorno de proximidad tendrían más posibilidades de erigirse como una alternativa sólida frente a la institucionalización para una mayoría de personas que desean permanecer en sus hogares rurales todo el tiempo posible (Fitzgerald y Caro 2014).

La centralidad del trabajo social en el proyecto también fue corroborada por las valoraciones de las personas destinatarias, quienes mayoritariamente avalaron la suficiencia y adecuación de las atenciones y destacaron el buen trato recibido por parte de sus profesionales. Estas personas estimaron como muy positiva la información y orientación recibida de las trabajadoras sociales, así como el interés prestado y su capacidad de escucha y comprensión. A su vez, el resto de los perfiles profesionales intervinientes señalaron la necesidad de contar con los conocimientos y habilidades de las trabajadoras sociales para alcanzar el éxito en el proyecto.

Con este trabajo se ha pretendido contribuir al conocimiento de la práctica profesional en los modelos innovadores de cuidados de larga duración en zonas rurales, como contexto específico, complejo y cambiante (Sullivan 2009), donde la profesión y la disciplina científica del trabajo social están llamadas a asumir una posición clave. Asimismo, se ha buscado visibilizar y poner en valor las principales características del enfoque particular que demanda la intervención social en el medio rural, todo ello en un intento de promover e impulsar un conocimiento esencial para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos de la ciudadanía en el territorio (Gil 2024).

---

## Notas

1. El índice de envejecimiento se define como el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años.
2. Informe final de la investigación evaluativa disponible en el siguiente sitio web: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>
3. CEAS: acrónimo referido a los Centros de Acción Social, que en la comunidad autónoma de Castilla y León constituyen los equipamientos en los que se ubican los servicios sociales básicos, comunitarios o

## Bibliografía

Ayala, Luis (y otros)

2021 "Multidimensional deprivation in heterogeneous rural areas: Spain after the economic crisis", *Regional Studies*, nº 55 (5): 883-893. <https://doi.org/10.1080/00343404.2020.1813880>

Béland, François (y otros)

2006 "A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial", *Journal of Gerontology: Series A*, nº 61 (4): 367-373. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.4.367>

Bern-Klug, Mercedes (y Katherine W. O. Kramer)

2013 "Core functions of nursing home social services departments in the United States", *Journal of the American Medical Directors Association*, nº 14 (1): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.004>

Billings, Jenny

2013 "The INTERLINKS framework for long-term care of older people in Europe", *Journal of Integrated Care*, nº 21 (3): 126-138. <https://doi.org/10.1108/JICA-02-2013-0007>

Braun, Virginia (y Victoria Clarke)

2006 "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, nº 3 (2): 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cacchione, Pamela Z.

2020 "Innovative care models across settings: providing nursing care to older adults", *Geriatric Nursing*, nº 41 (1): 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.011>

Casas, Juana (y otros)

2003 "La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos", *Atención Primaria*, nº 31 (8): 527-538.

Cerri, Chiara

2013 "El impacto de los servicios públicos de cuidado a mayores en una zona rural de Extremadura", *Gazeta de Antropología*, nº 29 (2): 1-18. <http://hdl.handle.net/10481/28499>

Cordero, Nuria (y José Emilio Palacios)

2017 "Claves éticas para el Trabajo Social, la dependencia, el cuidado y la autonomía", *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 30 (1): 65-75. <https://doi.org/10.5209/CUTS.52504>

Creswell, John W. (y Vicki L. Plano)

2007 *Designing and conducting mixed methods research*. California, Sage, 2017.

De Bruin, Simone R. (y otros)

2012 "Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review", *Health Policy*, nº 107 (2-3): 108-145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.006>

Deusdad, Blanca A. (y otros)

2016 "Restructuring long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on social policies and social work practice", *Journal of Social Service Research*, nº 42 (2): 246-262. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>

Díaz, Cristina (y otros)

2020 "Redefiniendo el Trabajo Social: nuevos yacimientos de empleo en el envejecimiento. Una propuesta desde la intervención social", *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, nº 9: 39-48. <https://doi.org/10.6018/azarbe.444621>

Díaz-Bravo, Laura (y otros)

2013 “La entrevista, recurso flexible y dinámico”, *Investigación en Educación Médica*, nº 2 (7): 162-167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)

Fetters, Michael D. (y otros)

2013 “Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices”, *Health Services Research*, nº 48: 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Fitzgerald, Kelly G. (y Francis G. Caro)

2014 “An overview of age-friendly cities and communities around the world”, *Journal of Aging & Social Policy*, nº 26 (1-2): 1-18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>

Gil, Héctor

2024 “El Trabajo Social en el medio rural: una revisión sistemática de la literatura”, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 31 (1): 75-102. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.24224>

Giménez, Víctor M.

2014 “Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable”, *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, nº 3: 187-195.

Gómez, Laura E. (y otros)

2009 “Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat”, *Psychosocial Intervention*, nº 17 (2): 189-199.

González-Leonardo, Miguel (y Antonio López-Gay)

2019 “El nuevo paradigma de las migraciones internas en España: migrantes urbanos, más móviles y cualificados. El caso de Castilla y León”, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 23: 1-37. <https://doi.org/10.1344/sn2019.23.21615>

Goodwin, Carol

2016 “Person-centered care: a definition and essential elements”, *Journal of the American Geriatrics Society*, nº 64 (1): 15-18. <https://doi.org/10.1111/JGS.13866>

Gouveia, Odília M. (y otros)

2016 “Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature”, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, nº 19 (6): 1030-1040. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160017>

Grinnell, Richard M. (e Yvonne A. Unrau)

2005 *Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches*. Nueva York, Oxford University Press.

Hong, Li

2006 “Rural older adults’ access barriers to in-home and community-based services”, *Social Work Research*, nº 30 (2): 109-118. <https://doi.org/10.1093/swr/30.2.109>

Huang, Chin Yuan (y otros)

2020 “The impact of person-centred care on job productivity, job satisfaction and organisational commitment among employees in long-term care facilities”, *Journal of Clinical Nursing*, nº 29 (15-16): 2967-2978. <https://doi.org/10.1111/jocn.15342>

INE

2023 *Indicadores de estructura de la población*. <https://ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451#!tabs-tabla>

Joostepn, Dawn Marie

2015 “Social work decision-making: need factors of older adults that affect outcomes of home- and community-based services”, *Health & Social Work*, nº 40 (1): 34-42. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu043>

Junta de Castilla y León

2022 *Indicadores demográficos*.

<https://estadistica.jcyl.es/web/es/estadisticas-temas/indicadores-demograficos.html>

2023 *Situación económica y social. Castilla y León 2022*.

<https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-anuales/informe-situacion-economica-social-castilla->

leon-2022

Koren, Chaya (e Israel Doron)

2005 "Being a social worker in homes for the aged: the real, the ideal, and the gaps between", *Journal of Gerontological Social Work*, nº 44 (3-4): 95-114. [https://doi.org/10.1300/J083v44n03\\_07](https://doi.org/10.1300/J083v44n03_07)

Leichsenring, Kai

2015 "Cuidados integrados de larga duración (coordinación sociosanitaria) para personas mayores que viven en su hogar. Consideraciones teóricas y prácticas innovadoras en Europa", en Pilar Rodríguez (coord.), *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Caser: 77-98.

Martín, Ángel (y Jesús Rivera)

2022 "Provisión de cuidados a personas mayores dependientes en los entornos rurales en España", *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, nº 18: 11-40. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0011>

Moberg, Linda (y otros)

2016 "User choice in Swedish eldercare – conditions for informed choice and enhanced service quality", *Journal of European Social Policy*, nº 26 (3): 281-295. <https://doi.org/10.1177/0958928716645076>

Osorio-Parraguez, Paulina (y otros)

2022 "Organización social de la provisión de cuidados a personas mayores en territorios rurales: los casos de España y Chile", *Cultura de los Cuidados*, nº 26 (62): 176-190. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.13>

Pastor-Seller, Enrique

2021 "Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia", *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, nº 32: 1-14. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>

Pérez-Orozco, Amaia

2021 "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", *Revista de Economía Crítica*, nº 5: 7-37.

Pestine-Stevens, Althea (y Emily A. Greenfield)

2020 "The need for community practice to support aging in place during COVID-19", *Journal of Gerontological Social Work*, nº 63 (6-7): 631-634. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1789258>

Prieto, Juan María (y Pablo de la Rosa) (coord.)

2021 *Informe final de evaluación "A Gusto en Mi Casa"*. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>

Pynoos, Jon (y otros)

2005 "Homes of choice. Towards more effective linkages between housing and services", *Journal of Housing for the Elderly*, nº 18 (3-4): 5-49. [https://doi.org/10.1300/J081v18n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J081v18n03_02)

Rodríguez, Pilar (coord.)

2022 *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Fundación Pilares.

Spitzer, William J. (y Kay W. Davidson)

2013 "Future trends in health and health care: implications for Social Work practice in an aging society", *Social Work in Health Care*, nº 52 (10): 959-986. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.834028>

Sullivan, Mary Pat

2009 "Social workers in community care practice: ideologies and interactions with older people", *The British Journal of Social Work*, nº 39 (7): 1306-1325. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn059>

Tshesebe, Mpho (y Herman Strydom)

2016 "An evaluation of the community-based care and support services for older persons in a specific community", *Social Work/Maatskaplike Werk*, nº 52 (1): 1-18. <https://doi.org/10.15270/52-1-476>

Uittenbroek, Ronald J. (y otros)

2018 "Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: a qualitative study on embrace", *PLoS ONE*, nº 13 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207109>

United Nations

2024 *World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*.

<https://desapublications.un.org/publications/world-population-ageing-2023-challenges-and-opportunities-population-ageing-least>

Van Haitsma, Kimberly (y otros)

2014 "New toolkit to measure quality of person-centered care: development and pilot evaluation with nursing home communities", *Journal of the American Medical Directors Association*, nº 15 (9): 671-680. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.004>

Vegas-Sánchez, Arturo (y otros)

2022 "Los problemas de accesibilidad de la población mayor a la asistencia sanitaria. El caso de Castilla y León (España)", *AGER. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, nº 36: 195-227. <https://doi.org/10.4422/ager.2022.20>

White-Chu, E. Foy (y otros)

2009 "Beyond the medical model: the culture change revolution in long-term care", *Journal of the American Medical Directors Association*, nº 10 (6): 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>

Wu, Huijing (y otros)

2023 "The care gap in later life across European countries", *The Journals of Gerontology: Series B*, nº 78 (11): 1935-1946. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad118>

Xie, Chengqiu (y otros)

2012 "Promoting personalization in social care services for older people", *Journal of Gerontological Social Work*, nº 55 (3): 218-232. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.639437>