

## Tendencias de cambio en los servicios socio-sanitarios de atención domiciliaria tras los aprendizajes de la pandemia de la COVID-19.

Trends of change in home care socio-health services after learning from the COVID-19 pandemic.

**Pilar Rodríguez-Rodríguez**

prodriguez@fundacionpilares.org

IP del Proyecto "Vivir en Comunidad". Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

**Vanessa Zorrilla-Muñoz**

investigacion@fundacionpilares.org

Ph.D-Ph.D, investigadora en la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Recibido: 18/09/2022

Aceptado: 13/10/2022

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 29 - Noviembre de 2021.

### Cómo citar este artículo:

Rodríguez- Rodríguez, P. & Zorrilla Muñoz, V. (2022). Tendencias de cambio en los servicios socio-sanitarios de atención domiciliaria tras los aprendizajes de la pandemia de la COVID-19. Actas de Coordinación Sociosanitaria, (31), Páginas 46-73.

## RESUMEN

El objetivo del estudio, del que se presentan algunos de sus resultados en este artículo, es conocer las dificultades existentes y las propuestas de mejora para lograr la adecuación de la atención domiciliaria sociosanitaria a las necesidades y preferencias de las personas que requieren cuidados de larga duración.

El método utilizado parte de un enfoque participativo basado en la triangulación utilizando material empírico primario derivado de técnicas cualitativas (23 entrevistas a agentes clave y 2 grupos de discusión).

Los resultados muestran que desde el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) convencional podría generarse un revulsivo para ampliar su contenido y desarrollar una atención en el entorno que integre diferentes actuaciones y dimensiones: lo social y lo sanitario, la atención formal y la informal, la coordinación entre todos los recursos que existan en el territorio (desde el asociacionismo, el voluntariado, los centros cívicos socioculturales, las farmacias y comercios, entre otros), la atención y apoyo a las familias, las intervenciones en la vivienda, el uso de productos de apoyo y tecnología y la participación social.

En suma, urge considerar los retos que se nos presentan para afrontar adecuadamente el cambio demográfico en pro de un envejecimiento activo y saludable, con políticas integrales y centradas en las personas favoreciendo la permanencia en el domicilio y en su entorno comunitario, evitando la institucionalización y dando continuidad a sus proyectos de vida.

## PALABRAS CLAVE

Servicio de Ayuda a Domicilio, atención sociosanitaria, proyecto de vida, dependencia, discapacidad, cuidados de larga duración, envejecimiento.

## ABSTRACT

The aim of this study, some of the results of which are presented in this article, is to find out the existing difficulties and proposals for improvement in order to adapt social and health home care to the needs of people who require long-term care.

The method used is based on a participatory approach with triangulation by using primary empirical material derived from qualitative techniques (23 interviews with key agents and 2 discussion groups).

The results show the conventional Home Care Service (HCS) could expand its content and develop care in the environment. HCS could integrate different actions and dimensions: Social and health, formal and informal care, coordination between all the resources that exist in the territory (from associations, volunteering, socio-cultural civic centers, pharmacies and shops, among others), care and support for families, interventions in housing, the use of support products and technology and social participation.

In short, it is urgent to consider the challenges in order to adequately face demographic change, in favor of active and healthy aging with comprehensive policies centered on people, favoring permanence at home and in their community environment, avoiding institutionalization and giving continuity to their life projects.

## KEYWORDS

communication skills; ASD; broader autism phenotype; neurodevelopment; school age; developmental difficulties; detection.

## 1. INTRODUCCIÓN

Como recogen los estudios de la situación sociodemográfica mundial, la edad de la población ha venido aumentando durante las últimas décadas, resultando destacable que un 9,32% del total de la misma corresponde a personas mayores de 65 años, lo que indica un aumento de 3 puntos porcentuales con respecto al año 1990 (World Bank Data, 2022). Del mismo modo, las proyecciones globales han estimado que la esperanza de vida mundial para 2050 seguirá creciendo de manera incesante, esperándose que incluso en países de bajos y de medios ingresos dos tercios de la población tenga más de 60 años (OMS, 2021a). Sin lugar a dudas, el último tercio del siglo XX y el primero del XXI ha supuesto una transición demográfica y epidemiológica global caracterizada por el aumento de la esperanza de vida, lo que es consecuencia del éxito de las políticas sociosanitarias.

No obstante, los estudios que se vienen publicando recientemente han comenzado a mostrar muchos de los impactos de la pandemia de la COVID-19, a la que se considera ya la enfermedad de salud pública mundial más impactante de los últimos 100 años, siendo la principal causa de hospitalización y muerte, particularmente de las personas mayores, lo que ha supuesto una reducción de la esperanza de vida global (Marois, Muttarak et al., 2020) y, por tanto, un frenazo considerable en la tendencia de la esperanza de vida. Asimismo, la alta tasa de mortalidad por enfermedades y complicaciones provocadas por el virus SARs-CoV-2 en la población ha provocado un cambio en las perspectivas de futuro, especialmente para los hombres (Ruiz-Cantero, 2021). La situación se agrava cuando se padece una cardiopatía, diabetes y/o bronquitis crónica (Chudasama, Gillies et al., 2020; Jordan, Adab et al., 2020; Schett, Sticherling et al., 2020), existiendo también resultados que sugieren que las personas que padecen o han padecido la COVID-19 pueden tener una mayor vulnerabilidad a sufrir determinadas complicaciones neuromotoras (Connors and Levy 2020; Hashemi, Madhavan et al. 2020; McFadyen, Stevens et al. 2020), necrosis (Feldmann, Maini et al. 2020), necrosis vascular (Agarwala, Vijayvargiya et al., 2021) o complicaciones neurológicas (Sheraton, Deo et al., 2020). Pero no solo la crisis sociosanitaria por COVID-19 ha provocado mayor morbimortalidad, sino que también ha tenido un enorme impacto psicosocial en las personas mayores, debido al aislamiento forzado, a la falta

de interacciones sociales y al incremento del edadismo en la sociedad (Pinazo-Hernandis, 2020; OMS, 2021b) desde un contexto cargado de estereotipos e imágenes sociales negativas sobre las personas de mayor edad (Zorrilla-Muñoz, Agulló-Tomás et al., 2022).

Además, la pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de tener más en cuenta una serie de desafíos para afrontar de manera adecuada el cambio demográfico, manteniendo a su vez el bienestar, la calidad de vida y el envejecimiento activo y saludable. Para hacerlo, la OMS ha declarado la “Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030)” con el fin de que en todos los países y desde los diferentes actores sociales se pueda avanzar, desde unos sistemas de atención integrales y centrados en las personas, en procesos que fomenten la capacidad funcional, que es el atributo principal que hace posible el bienestar en la vejez porque permite a las personas mayores “*ser y hacer lo es importante para ellas [...] y garantizar que puedan desarrollar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable [...]*” (OMS, 2021c). En este contexto, cabe destacar que, si bien se han conseguido en las últimas décadas avances notables en la comprensión de la morbilidad de las personas mayores, también es cierto que, a edades muy avanzadas, se incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas, degenerativas y/o problemas de movilidad, lo que también puede llegar a producir situaciones de dependencia, especialmente, en personas mayores de 80 años.

En el contexto europeo, el informe *The 2021 Ageing Report* de la Comisión Europea describe que en España el ratio de dependencia es del 30,5%<sup>1</sup> y la dependencia económica del 29,5%<sup>2</sup>, lo que nos sitúa a la cabeza en comparación con países europeos de alta tasa de esperanza de vida, como Italia, donde se alcanzan cifras inferiores (26,7% y 23,7%). En este sentido y en relación a la actual pandemia donde se ha puesto a prueba la resiliencia de los sistemas sanitarios, de atención social y cuidados de larga duración (CLD), se hace hincapié respecto a que “[...] *Se espera un aumento de la demanda de los servicios de atención en una sociedad que envejece, mientras que la falta de calidad de los estándares en la atención y las brechas en el acceso a servicios de calidad, incluso en las zonas rurales, son una grave preocupación de los Estados Miembros [...]*” (CE, 2021). Por ello, las políticas europeas están avanzando hacia iniciativas en el ámbito de los CLD para que sean accesibles, sostenibles y de calidad, en particular, los servicios de atención domiciliaria y comunitarios (principio 18 del “Pilar Europeo de los Derechos Sociales”), donde también se ha previsto proponer nuevas herramientas para medir mejor las barreras y brechas en el acceso a los cuidados (*Ibidem*).

En consecuencia, todo parece indicar la conveniencia de que el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) debiera reconceptualizarse de una manera más amplia de la actual, y, desde un enfoque holístico, llegar a concebirse como un conjunto de servicios y actividades que tengan por objetivo ofrecer apoyos flexibles y cuidados personalizados dirigidos a cubrir las necesidades diversas de las personas y familias que tienen dificultades para llevar una vida con autonomía,

1. Tasa de dependencia total = Población menor de 20 años y mayor de 64 como un % de la población de 20 a 64 años.  
2. Tasa de dependencia económica de la vejez (20-64) = Población inactiva de 65 años o más como un % de la población ocupada de 20 a 64 años.

independencia y calidad de vida, tal como se viene recomendando también por la comunidad experta (Rodríguez Rodríguez et al., 2011; FEMP, Fundación Caser y Fundación Pílares, 2015; Rodríguez Rodríguez, 2015; López Pinzón-Pulido et al., 2016, López-Doblas, 2018; Rodríguez Cabrero et al., 2019 y Fundación Pílares, 2021). En especial, se recomienda que los servicios de atención domiciliaria debieran ayudar con su intervención a compensar los obstáculos que existan para que la persona pueda, mediante el suministro de apoyos y cuidados que requiera, seguir controlando su proyecto de vida, manteniéndose en su domicilio y participando en su entorno comunitario. Y no hay que olvidar que todos los estudios que se han venido realizando sobre personas mayores informan de manera recurrente que existe un deseo claro por parte de ellas por seguir viviendo en sus hogares el máximo tiempo posible, “mientras puedan valerse por sí mismas aunque sea con ayuda e incluso viviendo solas” (IMSERSO, 2010).

En consecuencia con todo lo anterior, se plantean una serie de cuestiones que precisamos afrontar para lograr la transformación del modelo de cuidados, en especial, de la atención en domicilios y comunidad y, por ello, surgen las necesidades de:

- a) **Aportar conocimiento** sobre cómo estiman los agentes concernidos que debería evolucionar el SAD y qué propuestas de mejora de los servicios de atención domiciliaria sugieren tras la crisis sociosanitaria de la COVID-19.
- b) **Explorar la viabilidad de los cambios** que podrían promoverse para garantizar a las personas en situación de dependencia y/o discapacidad su derecho a continuar viviendo en su casa y entorno comunitario con los apoyos necesarios.
- c) **Identificar los aspectos que favorezcan** un sistema de cuidados sociosanitarios y comunitarios que potencien la calidad de vida, la eficiencia y la sostenibilidad, en coherencia con los postulados de la atención integral e integrada y centrada en la persona (en adelante AICP).

Dar respuesta a estas necesidades es el objetivo que se planteó y ha sido trabajado en el proyecto “*Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia*”<sup>3</sup>, que se enmarca dentro del ODS 3 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Naciones Unidas (2015) y está en coherencia con los resultados de estudios previos, como los mencionados.

La principal novedad que presenta el estudio desarrollado es que, además de explorar las opiniones, vivencias y sugerencias formuladas por voces expertas y de personas que reciben los cuidados y familias, también y de manera fundamental se ha querido escuchar y dar protagonismo a las personas que están más cerca de las personas que precisan CLD y de sus familias cuidadoras: las responsables de la coordinación del SAD y las trabajadoras familiares o auxiliares que prestan directamente el servicio en los domicilios de las personas.

---

3. En la tercera edición del “*Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria*” de la Fundación Caser.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

En este artículo se analiza la atención domiciliaria desde una perspectiva integral socio sanitaria con apoyos de la comunidad a través de la comparación de los servicios que se prestan desde los SAD y la atención sanitaria convencional, con las experiencias que se están produciendo en algunos lugares hacia un modelo avanzado de bienestar y eficiencia, como el que se propone desde la AICP. Tanto la dimensión de integración de servicios socio sanitarios como la personalización de los cuidados y apoyos requiere, tal como se propuso hace años (Rogers and Nicolaas, 1998) y, posteriormente otros/as autores/as y organizaciones como la propia OMS (2015), que, además de colocar en el centro a la persona que precisa CLD y a las personas profesionales que desarrollan la relación de ayuda, se realice una reorganización de los sistemas y sectores de atención acorde al modelo.

Además, el estudio indaga sobre el impacto de la COVID-19 en el conjunto de los cuidados personales, sociales y sanitarios que precisan las personas que tienen una situación de dependencia y que viven en su domicilio. También se relaciona con los cuidados que prestan las familias y otras formas de trabajo de cuidados no remunerados, que principalmente llevan a cabo las mujeres – véase Agulló-Tomás, Zorrilla-Muñoz et al. (2018); Agulló-Tomás, Zorrilla-Muñoz et al. (2019), entre otros/as- y cuyo impacto en la economía analiza en España desde hace años Maria Ángeles Durán (2018). El enfoque se lleva a cabo a partir de los aprendizajes previos y desde la actual pandemia en relación a la calidad y eficiencia de los modelos de CLD. En suma, uno de los objetivos específicos de la investigación es conocer las dificultades existentes en la actualidad para lograr la adecuación de la atención domiciliaria (social y sanitaria) a las necesidades de las personas que requieren CLD, comparando los servicios que, de manera tradicional, se vienen prestando en la mayoría de los lugares, con algunas experiencias que se realizan siguiendo un modelo alternativo socio sanitario, integrado y centrado en las personas.

El segundo de los objetivos pretendidos es ahondar en las experiencias y dificultades que experimentan los equipos profesionales del cuidado en cuanto a la implementación y sostenibilidad de la atención domiciliaria integral y centrada en la persona desde una perspectiva coordinada entre la atención social y sanitaria según experiencias previas al comienzo y durante la pandemia por COVID-19.

Para profundizar en los aspectos que puedan alumbrar respuestas a la crisis del modelo de cuidados que, aun siendo antigua, se ha revelado ante la opinión pública en tiempos de pandemia, se han recogido y analizado diversas perspectivas y opiniones (voces expertas y profesionales, personas en situación de dependencia y/o discapacidad y personas cuidadoras familiares).

En el análisis se ha considerado la potencialidad de la utilización de determinadas metodologías que impactan en la atención domiciliaria, tales como la gestión de casos (Rodríguez Rodríguez, Bermejo García et al., 2011; Rodríguez Rodríguez, Ramos Feijóo et al., 2017), la planificación y organización de los SAD desde la perspectiva integrada socio sanitaria (García Navarro, 2014;

Herrera Molina, Álvarez Rosete et al., 2014; Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez et al., 2019) y el modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona – véase Rodríguez Rodríguez, 2013, Rodríguez Cabrero, Rodríguez Rodríguez et al., 2016; Rodríguez Rodríguez, Ramos Feijóo et al., 2017, entre otros/as-. En estos estudios se analizan los beneficios para las personas que precisan apoyos y CLD cuando participan de manera colaborativa y coordinada los servicios sociosanitarios y el resto de los recursos existentes en la comunidad para mantener una vejez saludable con calidad de vida y bienestar, poniendo como eje central a la persona y dando participación a la misma para construir con ella su propio plan de atención y apoyarla para que siga desarrollando las actividades que considera importantes y tienen sentido en su propio proyecto de vida.

En este sentido, existen evidencias de que la participación de las personas en el diseño de actividades de mejora basadas en la AICP es un indicador que sugiere que la atención cubre sus expectativas y necesidades, creando de esta forma experiencias positivas en la atención domiciliaria (Stoop, Lette et al., 2020). La idea de profundizar en las necesidades de la persona desde su propia perspectiva coincide a su vez con el caso de estudio cualitativo de Youssef, Wiljer et al. (2020), así como con el de Power, Byrne et al. (2020), que muestra que en el modelo de AICP en personas jóvenes y adultas se requiere la consideración de las opiniones de la persona destinataria de los cuidados para lograr los objetivos y ajustarse a los indicadores planificados. Particularmente, se hace mención a la necesidad de compromiso por parte de las personas (en este caso con epilepsia) en la configuración del programa con los servicios de atención sociosanitaria, lo que se podría transponer al caso de la atención domiciliaria en personas mayores con situaciones de dependencia, lo cual requiere que se indague en las opiniones de las personas con el fin de profundizar en sus necesidades y experiencias.

En este artículo se han recogido sólo resultados de la parte cualitativa del proyecto “Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia”<sup>4</sup>. El método utilizado sigue un enfoque participativo a partir de la identificación de indicadores sociales, basado en la estrategia de triangulación -cuyo interés ha sido abordado ampliamente en la investigación social, desde Campbell y Fiske (1959) hasta autores/as más contemporáneos/as, por ejemplo Luján Sánchez (2019) o Zorrilla-Muñoz, Agulló-Tomás et al. (2019), entre otros/as-. Lo que se plantea desde la investigación cualitativa para una aproximación a la exploración y comprensión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en su aplicación directa, sus beneficios, carencias y dificultades, haciéndolo a través de la visión de sus principales protagonistas.

Las técnicas utilizadas han sido entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión, y grupos triangulares con profesionales del SAD, personas expertas cualificadas, además de las propias personas mayores, desarrollándose el trabajo de campo entre julio y septiembre de 2021.

4. Complementariamente a la exploración cualitativa, se diseñó y aplicó una encuesta entre responsables y coordinadoras/es del SAD y auxiliares / trabajadoras familiares del Servicio. Los resultados completos de la investigación se publicarán como número 7 de la Colección Estudios de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal.



Se han llevado a cabo doce entrevistas y dos grupos triangulares, en los que participaron un total de 23 personas, de las cuales 16 son mujeres (70%) y 7 hombres (30%). A su vez, 11 personas se corresponden con un perfil de experta del sistema de cuidados, 11 con perfil profesional sociosanitario y 1 sanitario. Por otra parte, también se realizaron dos grupos de discusión: uno entre personas mayores y con discapacidad que reciben atención domiciliaria y otro con familias cuidadoras.

La explotación de datos se llevó a cabo con el programa Atlas.ti (v) en base a 22 códigos de análisis.

### 3. RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan, que analizan fundamentalmente la perspectiva de personas expertas, profesionales y cuidadoras informales, se dividen en 2 apartados: 1) el impacto de la pandemia en la atención domiciliaria y 2) propuestas desde una atención integral coordinada entre la atención social y la sanitaria y con recursos de la comunidad.

#### 3.1. El impacto de la pandemia en la atención domiciliaria y la innovación

La pandemia ha visibilizado muchas barreras y dificultades que ya existían en la atención domiciliaria y otras nuevas que han aparecido. En primer lugar, en algunos discursos se comenta la pérdida de la interacción social y relaciones humanas que antes era posible. Incluso la comunicación era menos efectiva que antes de la llegada de la COVID-19, porque “a veces se tiene que hacer a través del teléfono y, en ocasiones, se habla con la familia y no con la persona que requiere cuidados”. En general, se alude a la interrupción, cuando no pérdida del proyecto vital de las personas mayores y también de los familiares que les cuidan, y se incide en que las personas dedicadas a la atención profesional desde el SAD han tenido que hacer grandes esfuerzos para aclimatarse a la situación.

Algunas de las dificultades añadidas desde la llegada de la COVID-19 en la intervención socio-sanitaria estuvieron ligadas a las recomendaciones de seguridad dictaminadas por las autoridades que no pudieron seguirse (por ejemplo, la escasez de mascarillas o EPIs para trabajadoras en los primeros meses de pandemia, las limitaciones para el acceso a las personas que requieren cuidados en su domicilio, así como la suspensión de la continuidad de la atención familiar desde equipos de trabajo, entre otras). Por otra parte, también se mencionan los problemas ocasionados por algunas de estas medidas a las personas cuidadas, como sucedió con el uso de la mascarilla cuando las personas mayores presentan hipoacusia o discapacidad auditiva, al no poder entender a la persona que habla. En suma, todo esto ha dejado un impacto global en todo el sector, tanto en personas cuidadas, como en sus familias y las profesionales del SAD.



*[...] las restricciones hicieron que muchas visitas presenciales o mucha de la atención presencial se suspendiera; de hecho, en algunos sitios se sigue restringiendo bastante. Sí podías acompañar a una persona, pero tenías que centrar todos tus recuerdos en la voz, en la entonación, en la escucha. O sea, perdía sentidos, perdía vías de obtener información, hemos hecho un esfuerzo inmenso. E10, MUJER, PROFESIONAL.*

Unido a lo anterior, muchas personas mayores que necesitan cuidados perdieron o empeoraron sus capacidades funcionales debido a las dificultades generadas por el confinamiento y/o miedo al contagio. Todo esto también ha incrementado las emociones negativas que la pandemia ha generado en algunas personas, en particular, la tristeza, ansiedad y angustia, lo que también ha favorecido el desarrollo de situaciones de soledad no deseada y un empeoramiento de las enfermedades y cronicidades de las personas. En esta línea, también se hace mención al incremento de la medicalización, en particular, de los psicofármacos para paliar trastornos como el estrés y ansiedad sufridos por el desgaste del confinamiento y la reducción de la vida social.

*Todas las personas mayores han sufrido pérdida de masa muscular y pérdida de masa ósea por no poder salir a la calle. Pero, además, un tema muy importante es que con la falta de interacción social han sufrido y tienen más ansiedad, más insomnio y más depresión, con lo cual están tomando más psicofármacos. [...] E3, HOMBRE, EXPERTO.*

*Yo creo que el peor efecto que ha tenido ha sido el aislamiento, el sentimiento de abandono que han tenido muchas de nuestras personas usuarias, que además ha repercutido a nivel cognitivo en aumentar el deterioro, sobre todo aquellas personas que no tenían los medios tecnológicos para poder seguir manteniendo el contacto. E4, MUJER, PROFESIONAL.*

La pandemia también ha puesto de manifiesto, una vez más, que las áreas rurales disponen de menos recursos que las urbanas, en particular, en aquellas regiones donde ya existían dificultades debidas a la dispersión geográfica de la población, detectándose una insuficiente cantidad de profesionales itinerantes responsables de atender a todas estas personas. De manera contraria, también se alude a la existencia de barreras para el acercamiento de la intervención sociosanitaria en las ciudades, ya que la experiencia muestra que, en general, hay una mayor voluntad y vocación de las personas profesionales que trabajan en el ámbito rural. Además, en las ciudades el volumen de personas que requiere atención se ha disparado, lo que ha supuesto un hándicap para la organización de la atención domiciliaria.

*El mundo rural es otra dimensión. Aquí no encuentran ni siquiera gente, pero es que ni para la ayuda a domicilio ni para interna [...]. Las comunicaciones son complicadas porque o tienes un coche o tú no vas a ningún sitio. Grupo de Familias, Mujer familiar cuidadora.*

*Nosotros habíamos establecido empezar a desarrollar este programa de atención integrada sociosanitaria domiciliaria, que en algunas comarcas ya existe [...] Pero cuanto más nos acercamos a las ciudades, más complicado es porque el volumen de personas se dispara y las áreas básicas de servicios sociales, a pesar de que tienen más presupuesto que en el ámbito rural, tienen muchas más limitaciones.*  
E5, HOMBRE, EXPERTO.

Pero también se han producido innovaciones positivas durante la pandemia, habiéndose revelado la creatividad desplegada en muchos lugares al haberse ofrecido ciertos recursos de proximidad para mejorar la atención domiciliaria. Mirando al futuro, las personas expertas se muestran proclives a incorporarlos, sobre todo para el caso de personas en situación de dependencia o soledad, argumentando que la espontaneidad de la organización civil y los recursos no formales, como los comercios, fueron de gran ayuda y apoyo de la atención domiciliaria. Con ello se ha hecho patente la relevancia de dar protagonismo a la comunidad en los problemas sociales, y este hecho podría ser tenido en cuenta y formar parte de los cambios a introducir para una mejor atención domiciliaria y en el entorno.

*Durante la COVID-19 las farmacias fueron un activo muy valioso dentro del sector comunitario. Es que cumplieron un papel fundamental, incluso acercando medicinas a personas que no tenían forma de conseguirlas. E igual pasó con las fruterías de barrio, que se organizaban a nivel comunitario para atender a las personas y para que ninguna persona se quedase sin comida. [...] Al final, también contactamos con los locutorios de la zona.*  
E10, MUJER, PROFESIONAL.

*O sea, que en vez de hacer comida para 150 residentes, que sean 200 o 300. A cambio, se les pide a estas personas que van a buscar comida que ayuden a pasear a las personas mayores.*  
E1, MUJER, EXPERTA.

Una de las cuestiones de interés que ha aflorado en esta investigación es el potencial que tiene la atención domiciliaria para la detección de situaciones de vulnerabilidad a través de la tecnología. Durante el confinamiento, las videollamadas periódicas fueron muy utilizadas desde el SAD para ponerse en contacto con las personas, detectar riesgos y evitar el sentimiento de soledad o mantener la movilidad y actividad física de las personas. Y, como efecto colateral, la pandemia también ha permitido un acercamiento de las personas atendidas a ciertas tecnologías que antes no utilizaban y lo mismo ha ocurrido con las personas trabajadoras en las que era patente la “brecha digital” que se ha ido rompiendo al verse obligadas a conocer y utilizar la tecnología de las videoconferencias en su trabajo.

*Justamente en el momento que estamos viviendo de pandemia, donde la tecnología en algunos casos ha sido la única forma de conectar y contactar con nuestros familiares o con nuestras personas queridas, igual ha ocurrido en el plano profesional.*  
E11, HOMBRE, PROFESIONAL.

*Pues el tema de la brecha informática es importante, sobre todo cuando hablamos de trabajo en equipo, claro..., Pero los primeros meses fueron muy malos. [...], todos hemos tenido que aprender de golpe. Con la pandemia se han acelerado muchas cosas... E12, MUJER, PROFESIONAL.*

*Lo que has dicho antes de las tecnologías, pues (...) dependiendo, como todo, de la cantidad de personas usuarias que tenga la coordinadora que abarcar, porque se puede volver loca con los WhatsApp. Desde luego, para algunas cosas no vale, pero también hay otras posibilidades, además, baratísimas. Grupo de Personas Mayores, MUJER.*

Algo que queda patente en los discursos recogidos es que existe una clara necesidad de personalización para avanzar hacia una atención domiciliaria integral, a medida y a la carta, donde las preferencias de las personas que requieren atención y cuidados formen parte del diseño inicial de la intervención y apoyo al plan de vida, como ya comienza a existir en otros modelos (por ejemplo, las “Superilles Socials” del Ayuntamiento de Barcelona, que han adaptado el modelo Buurtzorg de Países Bajos) donde se trabaja en equipo con grupos pequeños de personas, pudiendo así situarlas en el centro, ofreciendo atención domiciliaria polivalente, desde un enfoque preventivo, educativo, asistencial, socializador, integrador, inclusivo, intergeneracional y con perspectiva de género.

*Desde que la persona solicita la dependencia hasta que la asignan el servicio pueden pasar incluso 12 meses y el deterioro que puede sufrir una persona es muy alto. La valoración de la dependencia es muy lenta [...] necesitamos un sistema o un mecanismo donde actualicemos el PIA de una forma rápida y eficaz. [...] Si los servicios sociales del Ayuntamiento fueran de la mano con la empresa gestora, las cosas saldrían muchísimo más rápido y de forma más eficiente [...] yo creo que lo más importante es generar una coordinación público-privada que sea eficiente y efectiva. E4, MUJER, PROFESIONAL*

*En mi caso, en un momento dado me preguntaron al inicio de esta última etapa de querer darme ayuda a domicilio, que finalmente no me la dieron [...] me parece una osadía. Me preguntaron tan serias que a qué hora me venía bien que vinieran, por si tenía dificultades para levantarme, para vestirme. Entonces me dice: ¿A qué hora le vendría bien? Y yo, calculando las horas que me levantaba en aquel momento, le digo pues a las ocho y media [...] Y la coordinadora me dice “Ah, no, porque tenemos que ir primero a levantar a otros enfermos, a otros dependientes que están encamados, que ese no es tu problema”. Entonces, ¿para qué me pregunta...? [...] El problema es que no hay más personal. Grupo de Personas Mayores, MUJER.*

*Aprendimos mucho a raíz de ver otro tipo de organización y otro tipo de de sistemas que se podían generar de otra manera, como la autogestión del servicio, un sistema de redes para repartir las responsabilidades, otra forma de acompañar las decisiones y de acercarlas a los deseos de las personas y respetar sus decisiones, otra forma de entender la relación entre las personas y las trabajadoras de atención directa... Realmente lo que conocimos del modelo autogestionado de atención domiciliaria practicado en los Países Bajos era un sistema que para nosotros era el que daba sentido a la organización (refiriéndose al modelo de atención domiciliaria de Buurtzorg). E13, MUJER, PROFESIONAL.*

### **3.2. Propuestas desde la coordinación entre la atención social y sanitaria y con otros recursos**

Al plantear en esta investigación cómo resolver las dificultades para alcanzar una verdadera atención integrada sociosanitaria, uno de los aspectos que más consenso han alcanzado es la necesidad de tener criterios únicos y las mismas pautas estratégicas en los procesos de intervención, lo que se facilitaría mucho mediante la existencia de historias únicas sociales y sanitarias. Para ello, se insiste en la necesidad de una mayor coordinación a todos los niveles, no sólo sociales o sanitarios, sino desde cualquier proveedor de apoyos o cuidados (sean servicios sociales, sanitarios, productos de apoyo, tecnología, transporte, participación social, recursos de la comunidad ...), tratando de salvar también las dificultades de la diferente titularidad de los servicios. Esa es la fórmula que se entiende como idónea para garantizar que las personas que requieren diversas prestaciones en los cuidados y atención domiciliaria puedan recibirlos de manera integrada y hacer así realidad que puedan seguir viviendo en su domicilio y en su entorno evitando la institucionalización.

*El medio es trabajar a una desde los servicios de salud y los servicios sociales, ambos sistemas; desde el apoyo a la gestión de caso, desde toda la vertiente comunitaria –que tenemos por desarrollar–, desde la promoción y la prevención, también. [...] En nuestro caso, hay un equipo de coordinación sociosanitaria formado por una enfermera y por una trabajadora social. Ellas son las que impulsan, las que hacen gestión de caso y las que se coordinan, garantizando la continuidad de cuidados, con equipos operativos de cada zona básica de salud. E16, MUJER, PROFESIONAL*

Sin embargo, se percibe de manera general la ausencia de protocolos de actuación coordinada e interdisciplinar entre las profesionales de los servicios sociales y las del sector sanitario, detectándose como necesario que haya cambios legislativos y organizativos que introduzcan estándares e instrumentos que favorezcan el cambio de modelo para lograr una atención completa cuyo eje pueda estar centrado en las personas.

*El otro día hablábamos en la reunión de equipo y hacíamos autocrítica porque se echan en falta protocolos claros aunque flexibles, porque a domicilio se queda en mi buen hacer, sí que me formo, pero creo que estamos muy segregados, una dispersión de medios profesionales impresionante [...] Si resulta que tengo un plan de contingencia buenísimo, ¡aprovechadlo! [...] tenemos que unificar [...]. Eso es nuestra necesidad, pero creo que es la necesidad de todos los servicios sociales. E15, MUJER, PROFESIONAL.*

Se ha recogido también bastante acuerdo que sugiere que la mejora y sostenibilidad de los servicios pasa por una atención de calidad, digna y consensuada con la persona incluyendo apoyos para su proyecto vital, si bien ello no se favorece en la actualidad desde los modelos sanitarios y sociales tradicionales, cuyas respuestas alcanzan unas demandas y necesidades muy básicas de la persona y lo hacen de manera rígida y fragmentada, lo que se traduce en su poca capacidad preventiva. Solamente se tratan aquellas situaciones más visibles y graves, dejando a una gran parte de personas sin la atención completa que requieren. En este contexto, también se hace mención expresa a la conveniencia de una ley que garantice la protección de la persona mayor y que coordine los diferentes recursos y partes implicadas de la atención domiciliaria.

*La persona atendida sobre todo busca bienestar en el sentido de sentirse alimentada y aseada, no sentir dolor. Pero también quiere mantener sus hábitos y estilo de vida. Aquellas cosas que han tenido sentido para ella y que le gusta hacer, poderlas mantener, y sentir compañía, no sentirse sola [...]. Si tú no tienes proyecto vital, no tienes interacción y no puedes hacer cosas que te gustan, pues te conviertes en una especie de vegetal que lo único que hace es tomar pastillas, comer e ir al médico. E1, MUJER, EXPERTA*

*Yo creo que falta una ley de protección al mayor. O sea, partiendo de ahí, creo que se hacen cosas diversas y dispersas, pero que las personas no están incluidas [...] igual que hay una ley del menor, una ley para las personas con discapacidad, ¿no?. Pues hace falta esa ley que proteja al mayor. E8, MUJER, PROFESIONAL*

En algunos discursos, se destaca el buen resultado de las reuniones periódicas entre profesionales y las mesas estables de coordinación como forma que permite canalizar el aprendizaje, las experiencias positivas y el conocimiento de las personas que precisan cuidados. En concreto, se recomienda que se utilicen planes de atención y seguimiento que incluya todos los apoyos necesarios, siguiendo un modelo unificado. Con ello se evitaría la duplicidad y poca eficacia y eficiencia de las intervenciones habituales, más aún, cuando los equipos profesionales y los recursos son escasos.

*Las reuniones mensuales donde están las gestoras de casos, las trabajadoras sociales, teleasistencia, el SAD... son muy positivas. Eso fue súper bien, pero no sólo para los usuarios, sino para futuros casos o como un aprendizaje conjunto, el tipo de perfil de las personas, el tipo de intervención que se hizo antes, es decir, las trabajadoras*

*sociales municipales ya sabían. Esa parte de calibrar esas expectativas y la realidad la vamos trabajando poco a poco... Y es buena la experiencia, muy positiva. Ese no es un proyecto artificial, lo vemos como algo natural ya. E8, MUJER, PROFESIONAL*

*Tenemos ya un buen bagaje de coordinación... yo tengo una relación estrecha con la trabajadora social de Salud, de manera que tenemos reuniones periódicas, pueden ser quincenales, pero cuando necesitamos que sea con más frecuencia las hacemos [...]. Ahí compartimos los casos que ambas administraciones necesitan, casos principalmente sociales, con carga sanitaria pero también con necesidades sociales. [..] E15, MUJER, PROFESIONAL*

Para aminorar el problema de los desplazamientos, al que se alude frecuentemente entre los efectos negativos del SAD y que se han hecho más visibles en la pandemia, algunos discursos, especialmente los que provienen del ámbito sanitario, hacen referencia a que la figura sanitaria con perspectiva social que se ha incorporado a las mesas de coordinación ha facilitado la mejora de la gestión de recursos en municipios alejados de los servicios. También se ha recogido la importancia de incorporar una figura profesional que trabaje desde la metodología de gestión de casos, habiendo bastante acuerdo en concluir que quien la desarrolle debe ser una persona con capacidad de liderazgo y poseer una formación integral tanto en relación de ayuda como en conocimiento del contenido de los servicios y prestaciones públicos y de los recursos comunitarios. El objetivo de su trabajo debe estar orientado a cubrir las necesidades diversas de la persona cuidada considerando todos los recursos disponibles y, a la vez, fomentar el autocuidado. En cuanto a cuál es el perfil profesional más adecuado para llevarla a cabo, no se ha alcanzado un consenso (las profesionales del ámbito de la salud creen que debe ser la enfermera y las de servicios sociales, la trabajadora social).

*El trabajo social tiene mucho que aportar y también complementamos esa visión, no sólo la sanitaria, sino la sociosanitaria. Y de hecho, cuando coordinamos con las compañeras, con las gestoras de casos que suelen ser mujeres, complementamos y nos damos cuenta de que tenemos mucho que contarnos y que podemos hacer mucho trabajo conjunto en el seguimiento a pacientes, visitas domiciliarias conjuntas, etcétera. E10, MUJER, PROFESIONAL*

## 4. DISCUSIÓN

Existe evidencia suficiente sobre cómo la pandemia de la COVID19 ha actuado como un revulsivo que, sin olvidar su gran impacto negativo para las personas con necesidad de apoyos y cuidados, ha abierto bastantes posibilidades y oportunidades para su mejor atención. De los resultados de este estudio, se extrae que existen experiencias de atención domiciliaria avanzada, que pueden servir de pauta y orientación en procesos transformadores y de suministro de apoyos que incrementen la calidad de vida, el bienestar y eviten institucionalizaciones.



La distancia social y las medidas para reducir los contagios han transformado la interacción entre personas y se han visibilizado muchas barreras y dificultades en la atención domiciliaria. La COVID-19 ha interrumpido el proyecto vital de muchas personas mayores, también el de las personas que las cuidan. Así, las personas dedicadas a la atención domiciliaria han tenido que hacer grandes esfuerzos para familiarizarse con la situación.

Igualmente, el incremento de la vulnerabilidad de las personas mayores en situación de dependencia o soledad se ha agravado por la limitación y/o cierre de espacios sociales (por ejemplo, el cierre de los centros de día y los centros sociales), lo que, como refieren algunos autores/as -tales como Simard y Volicer (2020), Groarke, Berry et al. (2020)- ha provocado el aumento de situaciones de aislamiento social y sentimiento de soledad en personas mayores.

En pro de la seguridad, quedarse en casa ha sido la principal respuesta para ayudar a reducir el riesgo de contagio, lo cual, como el término “cocooning”, al principio tal vez fue recibido de manera positiva. Sin embargo, a medida que ha pasado el tiempo, se ha demostrado que con este tipo de medidas protectoras frente a los contagios también se produce una disminución de la calidad de vida y la salud física y psicosocial, como se ya se ha argumentado en este artículo y en otros recientes –véase, por ejemplo, Bailey, Ward et al. (2021)-.

Además de los efectos negativos para las personas que se han relatado deducidos de esta investigación, también se desprende de la misma, en coincidencia con otros estudios, que, a causa de la saturación de los servicios de salud y las medidas adoptadas por los responsables políticos durante la pandemia, los grupos más vulnerables dejaron de ser atendidos durante un largo periodo de tiempo al haberse limitado la asistencia de atención primaria (Beltran-Aroca, González-Tirado et al. 2021) y domiciliaria (Martínez-Riera and Gras-Nieto 2021). Por otra parte, las personas cuidadoras, formales e informales, tuvieron que poner a prueba su capacidad de resiliencia soportando unas condiciones laborales precarias y mayores cargas laborales que la pandemia en sí misma ha generado (Henao-Castaño, Blanco-Caviedes et al., 2021).

Todo esto se suma a una compleja red de emociones vividas y un desgaste continuo, al que también han contribuido las imágenes negativas que se han dado en los medios de comunicación y las redes sociales sobre la fragilidad y vulnerabilidad de las personas dependientes frente al virus. En España, igual que en otros países de nuestro entorno, desde la llegada de la COVID-19 se han mostrado imágenes sobre el discapacitismo de las personas mayores insistiendo en su fragilidad y reforzando la idea de que la vejez es una etapa marcadamente dependiente y con enfermedades crónicas que pueden poner en riesgo la vida de la persona en caso de contraer el virus. Es decir, la pandemia ha favorecido, promovido e incrementado los estereotipos y edadismo ya existentes sobre la vejez (Adá-Lameiras, Hernández-Fernández et al., 2020; Páez y Pérez, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020; Reicher, Drury et al., 2020; Van Bavel, Baicker et al., 2020), lo que motivó que la OMS relanzara en 2021 su campaña mundial contra el edadismo.

En cuanto a los contextos territoriales, nuestros resultados coinciden en que la pandemia también ha revelado ante la sociedad en general lo que en ámbitos profesional de los cuidados ya se conocía, y es la necesidad de diferenciar según el entorno rural o urbano, por las especifici-



dades de cada uno, denotándose la necesidad de trabajar por la calidad de la atención, y con la suficiente flexibilidad para poder adaptarse a cada persona, cada territorio y cada contexto de intervención, recomendando especial atención a las zonas rurales, donde la provisión de servicios tiene necesariamente que ser innovadora para garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

Asimismo, las experiencias que hemos recogido desde algunos programas en los que se produce la intervención conjunta de los servicios de salud y de los servicios sociales en la atención domiciliaria muestran, confirmando otros estudios (Berg-Weger y Morley 2020), cómo esa coordinación redundante en una mejor detección de la necesidad para actuar anticipadamente y actuar con gran eficacia aplicando un enfoque biopsicosocial que se potencia mediante la comunicación intersectorial con una perspectiva de gestión y de intervención integrada. Es desde ahí donde el modelo AICP aparece como un aliado para lograr este tipo de atención en personas mayores (Porcel-Gálvez, Badanta et al., 2020) y en situación de dependencia. El hecho de que el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD haya aprobado en julio de 2022 un conjunto de estándares comunes para la implementación e implantación de un sistema de atención siguiendo el modelo AICP, se considera un paso importante para caminar en la senda propuesta por los grandes organismos internacionales, como la OMS, la OCDE y la CE, para lo que se requiere la implicación de todas las partes concernidas, tanto desde la actuación social como sanitaria (Schönfelder, Eggebø et al., 2020), a través de indicadores y herramientas comunes.

Existen casos de éxito recientes, desde la coordinación sociosanitaria, como por ejemplo, algunas experiencias de atención a las personas que viven en su domicilio desarrolladas en la C.A. de Cataluña, en Navarra, en Castilla y León, así como desde el programa denominado “Cuidamos Contigo” de Fundación Pílares donde se lleva a cabo el acompañamiento, orientación y la prestación de servicios comunitarios desde el modelo AICP. También, Cruz y McGhee (2020) citan la cohesión de hasta 35 proveedores de atención del sector público, privado y del tercer sector en los cuidados paliativos en el hogar, si bien se pone de manifiesto la necesidad de trabajar más la prevención y promoción de la salud en los programas de atención integrada relacionados con la atención domiciliaria (Lette, Ambugo et al., 2020).

Desde otra mirada, hay estudios que aluden a los recursos de la comunidad, y en especial al voluntariado, como eje de solidaridad y cohesión social (Amate, 2021) como una de las áreas a tener en cuenta en los procesos de transformación de la atención domiciliaria y que también se ha incrementado en los servicios de proximidad desde la llegada del virus (por ejemplo, mediante la incorporación de las farmacias en el uso de redes vecinales para actividades de gestión o con formas innovadoras de los servicios de comidas a domicilio, entre otras).

A su vez, el servicio de ayuda a domicilio parece inmerso en un proceso de cambio donde las actividades se están reinventando. Las tareas del cuidado y la limpieza que eran el eje central de las actividades que mencionaba el estudio de la FEMP, Fundación Pílares y Fundación Caser (2015) están pasando en algunos lugares a ser enriquecidas por una atención de acompañamiento para llevar a cabo diversas gestiones múltiples, como pasear, ir a la farmacia,

al banco, a la iglesia, incluso sentarse a tomar un café, conocer la historia de vida de la persona y hablar con ella con el fin de adaptar su plan de atención a sus necesidades y preferencias. En esta línea de avanzar en el cambio de modelo superando una concepción estrecha del SAD, también se contempla la ampliación de los apoyos a la familia cuidadora, así como el suministro de ayudas técnicas y las orientaciones para adaptar la vivienda, tal como se desprende de otras investigaciones en las que se han detectado oportunidades que aprovechar por la buena disposición de muchos agentes de los servicios formales, informales y del ámbito comunitario para colaborar<sup>5</sup>.

Pero la atención a las personas que viven en su domicilio no se limita a la que puedan prestar los servicios sociales comunitarios y de proximidad. También hay actuaciones que se llevan a cabo desde las residencias, las cuales han comenzado a reinventarse para abrirse a la comunidad y ofrecer una serie de servicios dirigidos a personas mayores que viven en su domicilio para apoyar que continúen permaneciendo en su casa y entorno comunitario. En nuestro estudio se han identificado casos de apertura de nuevos servicios de día integrados en residencias, así como la inclusión de programas de rehabilitación terapéutica que se ofrecen a las personas de la comunidad, y que también se llevan a los domicilios de manera itinerante. Algunos de estos servicios se han integrado a través de video-consultas, lo que a su vez está favoreciendo la reducción de la “brecha digital” tanto de la persona mayor como de las familias cuidadoras y de personas profesionales de la atención domiciliaria. En definitiva, se ha iniciado un proceso de digitalización de la atención domiciliaria a partir de tecnologías ya existentes del IoT<sup>6</sup>.

Pero no hay que obviar que tampoco son pequeñas las dificultades que se subrayan en esta investigación y que deberían superarse, como las que tienen que ver con la coordinación sociosanitaria. Se ha destacado la falta de herramientas para la gestión y tratamiento de la información (como la historia común entre sanidad y servicios sociales), por ejemplo, mientras que para solventar los obstáculos para avanzar en políticas estables que se ha venido constatando desde hace años, se ha encontrado un acuerdo bastante generalizado respecto a la conveniencia de que se incorpore en la atención domiciliaria una figura que actúe como profesional de referencia siguiendo la metodología de gestión de casos, para hacer el acompañamiento y la atención continuada a la persona y a su familia cuidadora y que conecte sus necesidades con los recursos formales y comunitarios que puedan ser recomendables en cada caso.

Existe evidencia de que con el uso de la metodología de gestión de casos se producen mejoras tanto desde la atención sanitaria como desde los servicios sociales, pues a través de la misma

---

5. Véase algunos recientes estudios desarrollados en la Fundación Pilares, como la “Investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de acuerdo con las propuestas del MAICP” en Cantabria (2019), el “Estudio de investigación con profesionales de Navarra para la mejora de la Atención Domiciliaria, tanto sanitaria, como social, como sociosanitaria” en Navarra (2020) o la “Estrategia de intervención frente a la soledad no deseada en Castilla-La Mancha” (2021) ([www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)).

6. IoT o Internet of Things (en castellano, Internet de las Cosas) se refiere a aquellos productos o sistemas de la vida cotidiana que llevan a cabo una interconexión digital. Esto incluye wearables y relojes/pulseras inteligentes, cobots, edificios inteligentes, electrodomésticos inteligentes, entre otros.

se promueve el buen cuidado, el mantenimiento del control del propio proyecto de vida y el envejecimiento en domicilios y comunidad, evitando institucionalizaciones, tal como se recomienda por las grandes Organizaciones Internacionales. Todo ello produce también resultados costoeficientes y facilita la integración de servicios provenientes de entidades de diversa estructura e índole (Collins, 2016). Así parece que se entendió en Alemania, cuando este país integró en 2008 en su Ley de Cuidados el derecho de las personas en situación de dependencia a tener un gestor/a de caso.

En cuanto a la relevancia del papel que debería tener la comunidad en el desarrollo de una mejor atención a las personas que viven en su domicilio, también se ha señalado reiteradamente en nuestro estudio la conveniencia de seguir investigando en el entorno comunitario de las personas mayores sus características y su influencia en la autonomía, independencia y calidad de vida en el proceso de envejecimiento para avanzar en el concepto de ciudades y comunidades amigables con las personas, el envejecimiento activo y saludable y los contextos residenciales (vivienda, centros de cuidado a largo plazo, covivienda)<sup>7</sup>. Lo que a su vez encaja con los resultados de Sánchez-González, Rojo-Pérez et al. (2020), que también hace mención a que las intervenciones pueden ser más efectivas en ciertos dominios de comunidades amigables, tanto desde el transporte, la vivienda, así como una mayor participación para el cambio en el comportamiento relacionado con el estilo de vida, mejorando los servicios y recursos de apoyo.

En el ámbito de la tecnología, la progresiva desalfabetización de la salud digital y, en general, la mayor participación en Internet de las personas mayores está reduciendo la brecha digital de décadas pasadas (Agulló-Tomás y Zorrilla-Muñoz, 2020), así como el uso de tecnologías facilitadoras en el ámbito de los CLD. No obstante, existen determinadas prácticas empresariales que fuerzan de manera bidireccional la digitalización y reducción de sus plantillas, como las que se han vivido recientemente en relación con los bancos, lo que ha evidenciado el gran espacio para la discriminación que se está abriendo con el uso apresurado de la tecnología sin que ese proceso se acompañe de los correspondientes apoyos para la reducción de la brecha digital.

Sin perjuicio de lo anterior, se lleva prestando especial atención en el actual contexto sociosanitario al uso de determinadas tecnologías conectadas a Internet, que tienen gran potencialidad para mejorar la atención domiciliaria, como son las videollamadas, la asistencia social y sanitaria en línea<sup>8</sup> o las compras online (Criado-Quesada, Zorrilla-Muñoz et al., 2021). A su vez, se ha comenzado una discusión sobre el posible uso de robots sociales (Abou Allaban, Wang et al., 2020; Jecker, 2021), robots de nueva generación basados en sistemas ciberfísicos<sup>9</sup>

7. Para más información en este área, véase el Special Issue “*Friendly Residential Environments for Ageing in Place with Autonomy and Independence*”: [https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special\\_issues/FREAPAI](https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/FREAPAI)

8. Para más información en esta área, véase, por ejemplo, el “Proyecto Homecare” <https://www.edad-vida.org/publicaciones/proyecto-homecare-modelo-de-futuro-tecnologia-domiciliaria-para-el-apoyo-de-la-atencion-social-y-sanitaria/>

9. Los sistemas ciberfísicos se basan en dispositivos controlados y/o monitorizados por algoritmos algoritmos e integrados con Internet.

(Yang, Pang et al., 2020), productos sanitarios de eSalud para monitorización domiciliaria (Nakshbandi, Moor et al., 2020) e incluso exoesqueletos de telerehabilitación (Bertomeu-Motos, Ezquerro et al., 2019) que pudieran servir de complemento y apoyo en la atención domiciliaria, siempre sin olvidar la necesidad de la presencia personal.

Por último, cabe indicar que los resultados de este artículo están limitados por las propias características de la metodología cualitativa utilizada, lo que no debe obviarse y debería ser complementado y cotejado con el estudio completo del proyecto “Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia”, así como estudios posteriores considerando otras técnicas de análisis.

## 5. CONCLUSIONES

Entre los resultados cualitativos de este estudio, se han identificado muchas de las barreras que se han producido o agudizado en la intervención sociosanitaria desde la pandemia, siendo la primera de nuestras conclusiones que la experiencia vivida ha dejado un impacto global en toda la atención domiciliaria, tanto en personas cuidadas, familias como en trabajadoras.

Sin embargo, también se ha detectado que la atención domiciliaria, entendida como conjunto de recursos e intervenciones prestados en su casa a personas que necesitan apoyos y CLD posee una gran potencialidad para aportar una acción tanto preventiva y de promoción de la salud, como mitigadora de situaciones de vulnerabilidad o dependencia, ajustándose a las preferencias y necesidades de la persona cuidada y de las familias cuidadoras. Además, puede facilitar la permanencia en la vivienda y el entorno habitual de las personas, evitando y reduciendo la institucionalización. Es decir, tiene capacidad para detectar y prevenir situaciones de riesgo desde la propia persona, la familia y la comunidad y, también actuar de manera adecuada cuando las situaciones de carencia, soledad o dependencia aparecen.

No obstante, otra de las conclusiones que se han extraído de esta investigación es que el SAD, servicio considerado durante mucho tiempo como el llamado a cumplir esos objetivos, si bien tiene una valoración positiva por parte de los actores principales del mismo, no es suficiente, tal como se viene prestando de manera general en la actualidad, para atender la diversidad de necesidades de atención que requieren las personas y, además, hacerlo de manera personalizada y continuada.

Entre los problemas detectados en este estudio, en coincidencia con anteriores investigaciones, se han destacado algunos como la fragmentación y falta de coordinación entre los servicios que permitirían, junto al SAD, la permanencia en el domicilio: atención sanitaria, teleasistencia y otros apoyos tecnológicos, centros de día, prestaciones económicas para los cuidados, programas de apoyo a las familias, accesibilidad de las viviendas, apoyos para la inclusión comunitaria, entre otros. A esta problemática, habría que añadir la escasa tradición de los servicios sociales, como han reconocido nuestros interlocutores, de trabajar apoyándose en la evidencia científica y la baja frecuencia de la evaluación sistemática sobre la eficacia, la eficiencia y la efectividad de las intervenciones.

Por todo ello, se ha recogido bastante consenso en cuanto a la necesidad de avanzar en la transformación del modelo para desarrollar una atención diferente de la que se apoya en la actual conceptualización del SAD, partiendo y reconociendo los importantes aprendizajes del desarrollo de esta prestación a lo largo de los años. Se plantea integrar las diferentes actuaciones y dimensiones que se revelan como necesarias: lo social y lo sanitario, la coordinación entre los servicios formales e informales de cada territorio (desde el asociacionismo, el voluntariado, las farmacias y comercios, entre otros), la atención y apoyo a las familias, las intervenciones en la vivienda, el uso de productos de apoyo y tecnologías, así como la participación social. Y para poder acompañar a las personas de manera personalizada y, al tiempo, identificar, integrar y gestionar los recursos necesarios y disponibles en cada contexto, parece conveniente incorporar metodologías como la gestión de casos y la intervención comunitaria.

En definitiva, todos los sectores involucrados en el ámbito de los CLD necesitan ser reevaluados por todas las partes implicadas y, desde el enfoque transversal que requiere la AICP (en línea de las propuestas, entre otros miembros de la comunidad experta, de la OCDE y la OMS), trascender el ámbito de los servicios sociales y sanitarios y otros sectores, como el sistema de empleo, el educativo, el de vivienda, el urbanístico, el tecnológico, así como la comunidad y las organizaciones sociales tengan cada día más presencia a la hora de incorporar respuestas de carácter innovador.

Finalmente, se destaca la sintonía de nuestros resultados con las líneas que se contiene en el Componente 22 del Plan España de Recuperación, transformación y resiliencia, que pretende desarrollar, con apoyo de los fondos europeos Next Generation, un Plan de choque para la economía de los cuidados, cuyo principal objetivo es el refuerzo de la atención a personas en situación de dependencia y la transformación del modelo de apoyos y CLD, procurando la permanencia en el domicilio y el entorno comunitario. Y, para ello, se propone que las actuaciones se apoyen y sean coherentes con los modelos propugnados por la comunidad científica: integrales y centrados en las personas.

## 6. FINANCIACIÓN

Los resultados de este estudio forman parte del proyecto “Vivir en la comunidad. Espacios de vida post COVID19 para las personas en situación de dependencia” en la tercera edición del “Programa de Ayudas a la Investigación Sociosanitaria” de la Fundación Caser (2021).

## 7. AGRADECIMIENTOS

Las autoras quieren agradecer el apoyo, colaboración y contribución en este proyecto a las siguientes entidades (por orden alfabético): Alda2u, ASISPA, Asociación Enfermería Comunitaria, Ayuntamiento de Barcelona, Caser Residencial, CLECE Serveis Integrals, Consorci de Salut i Social de Catalunya, Departament de Salut - Generalitat de Catalunya, Escuela Andaluza de Salud Pública, EULEN Servicios Sociosanitarios, Fundación Gizain, Gobierno de Navarra y su programa

PIAIS, ILUNION Sociosanitario, INTRESS, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Suara Cooperativa y las personas voluntarias del Programa Cuidamos Contigo (Fundación Pilares). A las personas expertas que han participado en entrevistas y grupos y a las personas mayores y familiares que también participaron.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abou Allaban, A., M. Wang, et al. (2020). A systematic review of robotics research in support of in-home care for older adults. *Information* 11(2): 75. <https://doi.org/10.3390/info11020075>

Adá-Lameiras, A., Hernández-Fernández, A.M., Zorrilla-Muñoz, V., Agulló-Tomás, M.S. (2020). Edadismo, sexismo y discapacitismo: un análisis desde twitter en tiempos de la COVID-19. . Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. En M.M Molero et al. (Coord.). *Nuevas realidades* (pp 135-146). Madrid: Dykinson.

Agarwala, S. R., M. Vijayvargiya, et al. (2021). *Avascular necrosis as a part of 'long COVID-19*. BMJ Case Reports CP 14(7): e242101. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-242101>

Agulló-Tomás, M. S., Zorrilla-Muñoz, V., & Gómez García, M. V. (2018). Género y evaluación de programas de apoyo para cuidadoras/es de mayores. *Revista Prisma Social*, (21) (pp 391–415). Recuperado a partir de <https://revistaprismasocial.es/article/view/2469>

Agulló-Tomás, M. S., y Zorrilla-Muñoz, V. (2020). Technologies and images of older women. En Q. Gao y J. Zhou (Eds.). *Human Aspects of IT for the Aged Population. Technology Design and Acceptance* (pp. 163-175). Cham, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-50232-4>

Agulló-Tomás, M. S., V. Zorrilla-Muñoz y Gómez- García, M.V. (2019). Aproximación socio-espacial al envejecimiento ya los programas para cuidadoras/es de mayores. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2(1): 211-228. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1433>

Amate, M. (2021). El voluntariado como eje de transformación social. Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos (21): 125-129. Recuperado a partir de [http://www.pliegosdeyuste.eu/n21/PliegosdeYusten\\_21-125-129.pdf](http://www.pliegosdeyuste.eu/n21/PliegosdeYusten_21-125-129.pdf)

Bailey, L., M. Ward, DiCosimo, A, Baunta, S. Cunningham, C., Romero-Ortuno, R. Kenny, R.A., Purcell, R., Lannon, R., McCarroll, K., Nee, R., Robinson, D., Lavan, A. y Briggs, R. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine* 114(9): 648-653. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>



- Beltran-Aroca, C., M. González-Tirado, Girela-López, E. (2021). Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Medicina de Familia. SEMERGEN* 47(2): 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002>
- Berg-Weger M. y Morley, J.E. Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *J Nutr Health Aging* 24, 456–458 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>
- Bertomeu-Motos, A., Ezquerro, S., Barios, J., Lledó, L.D, Domingo, S., Nann, M., Martin, S., Soekadar, S.R., Garcia-Aracil, N. (2019) User activity recognition system to improve the performance of environmental control interfaces: a pilot study with patients. *J NeuroEngineering Rehabilitation* 16(10) <https://doi.org/10.1186/s12984-018-0477-5>
- Campbell, D. T., y Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- CE (2021). The 2021 Ageing Report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies. *European Economy. Institutional Paper* 142. Noviembre 2020. Recuperado a partir de [https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en)
- Collins, B. (2016). New care models: emerging innovations in governance and organisational form, *King's Fund*. Recuperado a partir de <https://www.kingsfund.org.uk/publications/new-care-models>
- Comisión Europea (2021). *European Pillar of Social Rights. Action Plan*. Recuperado a partir de [https://ec.europa.eu/info/publications/european-pillar-social-rights-action-plan\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/european-pillar-social-rights-action-plan_en)
- Connors, J. M. y J. H. Levy (2020). COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood* 135(23): 2033-2040. <https://doi.org/10.1182/blood.2020006000>
- Criado-Quesada, B., V. Zorrilla-Muñoz y Agulló-Tomás, M.S. (2021). El uso de tecnologías de asistencia sanitaria digital por parte de la población mayor desde una perspectiva de género e intrageneracional. *Teknokultura* 18(2): 103-113. <https://doi.org/10.5209/tekn.74199>
- Cruz, G. I. y S. M. McGhee (2020). Case study method to design and evaluate person-centred integrated palliative and end-of-life care. *Journal of Integrated Care* 29(3), 231-241. <https://doi.org/10.1108/JICA-04-2020-0021>



- Chudasama, Y. V. y C. L. Gillies, Zaccardi, F., Colez, B., Davies, M.J., Seidu, S., Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 14(5): 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- Durán, M. Á. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*, Vol. 30. València: Universitat de València.
- Feldmann, M., R. N. Maini, Woody, J., Holgate, S.T., Winter G., Rowland, M., Richards, D., Hussell, T. (2020). Trials of anti-tumour necrosis factor therapy for COVID-19 are urgently needed. *Lancet* 395(10234): 1407-1409. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30858-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30858-8)
- FEMP, Fundación Caser y Fundación Pilares, (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: Fundación Caser y Fundación Pilares.
- Fundación Pilares (2021). *Estudio para la Estrategia para tejer redes de valor y prevenir e intervenir en la soledad no deseada en personas mayores de Castilla-La Mancha*, dentro del programa de la Consejería de Bienestar Social, Dirección General de Mayores de Castilla-La Mancha.
- García Navarro, J. A. (2014). La atención integral e integrada sociosanitaria a personas con necesidades de cuidados de larga duración. Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. En P. Rodríguez-Rodríguez y A. Vilà i Mancebo (Coord.) (pp. 137-147). Madrid: Tecnos.
- Groarke, J. M., E. Berry, et al. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one* 15(9): e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Hashemi, A., M. V. Madhavan, et al. (2020). Pharmacotherapy for Prevention and Management of Thrombosis in COVID-19. *Semin Thromb Hemost* 46(7): 789-795. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714273>
- Henaó-Castaño, A. M., J. J. Blanco-Caviedes, et al. (2021). Carga del cuidador y resiliencia de enfermeros en atención domiciliaria durante la pandemia covid-19. *Revista Ciencia y Cuidado* 18(3): 64-73. <https://doi.org/10.22463/17949831.3060>
- Herrera Molina, E., A. Álvarez Rosete y Librada Flores, S. (2014). Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada. En P. Rodríguez-Rodríguez y A. Vilà Mancebo (Coords.). [Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad](#) (pp. 148-168). Madrid: Tecnos.

- Jecker, N. S. (2021). You've got a friend in me: sociable robots for older adults in an age of global pandemics. *Ethics and Information Technology* 23(1): 35-43. <https://doi.org/10.1007/s10676-020-09546-y>
- Jordan, R. E., P. Adab y Cheng, K.K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *British Medical Journal Publishing Group*. 368:m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
- Lette, M., E. A. Ambugo, Nijpels, G., Baan, C.A. y de Bruin, S.R. (2020). Addressing safety risks in integrated care programs for older people living at home: a scoping review. *BMC geriatrics* 20(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1482-7>
- López Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*, Madrid: Imserso. Recuperado a partir de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pmviviendosolas.pdf>
- López Doblas, J. (2018). Formas de convivencia de las personas mayores. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (161): 23-40. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.161.23>
- Luján Sánchez, V. L. (2019). *Triangulación metodológica para un estudio de caso: Las trayectorias de vida de las trabajadoras de la fábrica de confecciones* Prov. de Buenos Aires: Annan de Pergamino (1940-1980). Recuperado a partir de <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/19392/Ponencia%20SANCHEZ.%20Triangulaci%C3%B3n%20metodol%C3%B3gica%20para%20un%20estudio%20de%20caso..docx.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Marois, G., R. Muttarak y Scherbov, S. (2020). Assessing the potential impact of COVID-19 on life expectancy. *PLoS One* 15(9): e0238678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238678>
- Martínez-Riera, J. R. y E. Gras-Nieto (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enfermería Clínica* 31: S24-S28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
- McFadyen, J. D., H. Stevens y Peter, K. (2020). The Emerging Threat of (Micro)Thrombosis in COVID-19 and Its Therapeutic Implications. *Circ Res* 127(4): 571-587. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.317447>
- Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. 17 Objetivos para transformar el mundo. Recuperado a partir de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

- Nakshbandi, G., Moor, C.C. y Wijsenbeek, M.S. (2020). Home monitoring for patients with ILD and the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory medicine* 8(12): 1172-1174. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30452-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30452-5)
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud*. Recuperado a partir de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
- OMS (2021a) Ageing and health. *Fact sheets*. Recuperado a partir de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS (2021b) Informe mundial sobre el edadismo. Recuperado a partir de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>
- OMS (2021,c) *UN Decade of Healthy Ageing*. Recuperado a partir de <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Páez, D. y Pérez, J.A. (2020). Social representations of COVID-19 (Representaciones sociales del COVID-19). *International Journal of Social Psychology* 35(3): 600-610. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de geriatría y gerontología* 55(5): 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pinzón-Pulido, S., Garrido Peña, F., Reyes Alcázar, V., Lima-Rodríguez, J.S., Raposo Triano, M.F., Martínez Domene, M. y Alonso Trujillo, F. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica* 26(1): 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.003>.
- Porcel-Gálvez, A. M., B. Badanta, Barrientos-Trigo y Lima-Serrano, M. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería Clínica* 31: S18-S23. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
- Power, R., Byrne, J.-P., Kiersey, R., Varley, J., Doherty, C.P., Lambert, V., Heffernan, E., Saris, A.J. y Fitzsimons, M. (2020). Are patients ready for integrated person-centered care? A qualitative study of people with epilepsy in Ireland. *Epilepsy & Behavior* 102: 106668. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106668>
- Reicher, S., J. Drury y Stott, C.J.T. (2020). *The two psychologies of coronavirus*. *The PSYCHOLOGIST* 33: 7-7. Recuperado de <https://www.bps.org.uk/psychologist/two-psychologies-and-coronavirus>

- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Dabbagh Rollán, V.R., Vilà i Mancebo, A., Castejón Villarejo, P. y Mongelós Salillas, E. (2019). *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Santander: Servicios Sociales de Cantabria. Recuperado a partir de <https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/ACP%20DOMICILIO%20informe%20de%20resultados.pdf>
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., de la Cruz Vicente, O., Vilà i Mancebo, A. y López Trigo, J.A. (2016). *Los cuidados de larga duración: el modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AICP)*. Estudio Dephi. Sociedad española de Geriatria y Gerontología, 2016. Recuperado a partir de <https://www.fundacionpilares.org/docs/informe-delphi-2016.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista española de geriatría y gerontología* 40: 5-15. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75068-X)
- Rodríguez Rodríguez, P. (2015). *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Madrid: Fundación Caser y Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Recuperado a partir de [https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2020/09/paravivirbienencasa\\_completo.pdf](https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2020/09/paravivirbienencasa_completo.pdf)
- Rodríguez Rodríguez, P., L. Bermejo García, Marín, J.M. y Valdivieso, C. (2011). *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación*. 3ª edición (pp. 99-129). Madrid: Editorial médica Panamericana
- Rodríguez Rodríguez, P., C. Ramos Feijóo, García Mendoza, A., Dabbagh Rollán, V.O., Mirete Valmala, C. y Villarejo Castejón, P. (2017). *La atención en domicilios y comunidad a las personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el modelo AICP*. Madrid: Colección Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal (2).
- Rogers, A. y Nicolaas, G. (1998). Understanding the patterns and processes of primary care use: a combined quantitative and qualitative approach. *Sociological Research Online* 3(4): 1-13. <https://doi.org/10.5153/sro.192>
- Ruiz-Cantero, M. T. (2021). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria* 35(1): 95-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008> 0213-9111

- Sánchez-González, D., Rojo-Pérez, F., Rodríguez-Rodríguez, V. y Fernandez-Mayoralas, G. (2020). Environmental and psychosocial interventions in age-friendly communities and active ageing: A systematic review. *International journal of environmental research and public health* 17(22): 8305. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228305>
- Schett, G., Sticherling, M. y Neurath, M.F. (2020). COVID-19: risk for cytokine targeting in chronic inflammatory diseases? *Nat Rev Immunol* 20(5): 271-272. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0312-7>
- Schönfelder, W., Eggebø, H. y Munkejord, M.C. (2020). Social care for older people—a blind spot in the Norwegian care system. *Social Work in Health Care* 59(9-10): 631-649. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1847747>
- Sheraton, M., Deo, N., Kashyap, R. y Surani, S. (2020). A review of neurological complications of COVID-19. *Cureus* 12(5), e8192. <https://doi.org/10.7759/cureus.8192>
- Simard, J. y Volicer, L. (2020). Loneliness and isolation in long-term care and the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* 21(7): 966-967. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.006>
- Stoop A, Lette M, Ambugo EA, Gadsby EW, Goodwin N, MacInnes J, Minkman M, Wistow G, Zonneveld N, Nijpels G, Baan C.A. y de Bruin SR; (2020). “Improving person-centredness in integrated care for older people: experiences from thirteen integrated care sites in Europe.” *International journal of integrated care* 20(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.5427>
- Van Bavel, J. J., K. Baicker, Boggio, P.S. et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour* 4(5): 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- World Bank Data (2022). Population ages 65 and above (% of total population). Recuperado a partir de <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Yang, G., Pang, Z., Jamal Deen, M., Dong, M., Zhang, Y., Lovell, N.H., & Rahmani, A. (2020). Homecare Robotic Systems for Healthcare 4.0: Visions and Enabling Technologies. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24, 2535-2549. <https://doi.org/10.1109/JBHI.2020.2990529>
- Youssef, A., Wiljer, D., Mylopoulos, M., Maunder, R.G., & Sockalingam, S. (2020). “Caring About Me”: a pilot framework to understand patient-centered care experience in integrated care - a qualitative study. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034970>

Zorrilla-Muñoz, V., M. S. Agulló-Tomás, Donio Bellegarde, M., Forjaz, M.J., Fernandez, E., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A. Y Fernandez-Mayoralas, G. (2022). Older Women Images and Technologies to Increase Gender Peace in Crisis and COVID-19 Times. En Q. Gao y J. Zhou (Ed.). *Human Aspects of IT for the Aged Population. Technology in Everyday Living* (pp. 427-440), Cham, Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-05654-3\\_30](https://doi.org/10.1007/978-3-031-05654-3_30)

Zorrilla-Muñoz, V., M. S. Agulló-Tomás, García-Sedano, T. (2019). Análisis socio-ergonómico en la agricultura. Evaluación del sector oleico desde una perspectiva de género y envejecimiento. *ITEA, información técnica económica agraria: revista de la Asociación Interprofesional para el Desarrollo Agrario (AIDA)* 115(1): 83-104. <https://doi.org/10.12706/itea.2019.005>