Barreras y oportunidades para la escalabilidad de los aprendizajes de Biocuidados

Anexo a la evaluación de Biocuidados

Enero 2025

Financiado por la Unión Europea NextGenerationEU
GOBIERNO DE ESPAÑA
Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia
GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
COCEDER
ksnet

Índice

1. Introducción 3
2. ¿Qué es Biocuidados? 4
3. Resultados y aprendizajes de Biocuidados 7
4. Barreras a la transferencia y escalabilidad del modelo 17
5. Oportunidades para la implementación de los principios de Biocuidados 24
6. Conclusiones 33
Bibliografía 35

1. Introducción

En las últimas décadas, la población española ha crecido significativamente. Sin embargo, este aumento ha sido desigual. Las áreas urbanas han absorbido la mayor parte del crecimiento debido a sus oportunidades laborales y sociales, mientras que las zonas rurales se enfrentan a fenómenos como la despoblación y el envejecimiento. Este hecho ha incrementado el aislamiento de las personas en situación de vulnerabilidad en zonas rurales, debido a la falta de acceso a servicios como la salud, la educación o el transporte, y ha incrementado la carga de cuidados, especialmente sobre las mujeres. Todo ello lleva a observar cómo la brecha en el acceso a servicios básicos entre las zonas urbanas y rurales se está ampliando, y la falta de personal en los servicios sociales obliga a muchas personas a depender del apoyo familiar o a desplazarse a las ciudades.

En este contexto, el proyecto Biocuidados, liderado por COCEDER, busca prevenir la institucionalización innecesaria, fomentar la desinstitucionalización y promover cuidados integrados en las comunidades rurales. Su enfoque no solo atiende las necesidades individuales, sino que también fomenta la cohesión social y fortalece el tejido comunitario en las áreas rurales.

2. ¿Qué es Biocuidados?

2.1 Marco conceptual y principios básicos

El modelo de Biocuidados promueve la **desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización**, fundamentado en un enfoque de derechos humanos. Aboga por un **cuidado personalizado y de proximidad**, empoderando a las personas para que puedan vivir en sus hogares o en entornos comunitarios con el apoyo necesario, evitando la desconexión social que suele ocurrir con la institucionalización. Este modelo es especialmente relevante en áreas rurales, donde la falta de servicios limita las opciones de apoyo. Además, este modelo se distingue por su transversalidad, ejemplificada en la capacidad para atender a una **amplia variedad de perfiles**, desde personas mayores hasta personas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad.

Biocuidados busca una transición gradual hacia sistemas de apoyo que respeten la autonomía personal, combinando recursos tradicionales con nuevos modelos adaptados a los entornos rurales. Aunque esta adaptación puede implicar desajustes y costes, su objetivo es reducir la dependencia de estructuras formales y fomentar la vida independiente en la comunidad. Así, los principios fundamentales del modelo de Biocuidados son:

- **Dignificación:** Todas las personas deben ser tratadas con respeto e igualdad de derechos, independientemente de su condición, y tienen el derecho a desarrollar su proyecto vital con dignidad.
- **Singularidad biográfica:** Cada persona es única, y la atención debe considerar su entorno social e histórico, personalizando el cuidado para reflejar su historia y situación actual.
- **Protagonismo y autodeterminación:** Las personas tienen derecho a ser protagonistas de sus vidas y tomar decisiones sobre su futuro, con apoyo para mantener la igualdad en las relaciones de poder.
- **Importancia de las redes de apoyo:** Las interacciones sociales, familiares y comunitarias son clave para la toma de decisiones y el logro de objetivos personales.
- **Multidimensionalidad y cambio:** La atención debe ser integral, coordinada y flexible, adaptándose a la evolución de las personas y sus necesidades cambiantes.

Teniendo en cuenta estos principios, **la metodología de intervención del modelo** se estructura en dos pilares esenciales:

- **La promoción de la autonomía** que busca fomentar la capacidad de las personas para controlar su vida, tomar decisiones y actuar de acuerdo con sus propias normas y preferencias. Esto incluye reducir la dependencia funcional y trabajar en el fortalecimiento de las capacidades preservadas.
- **La reducción de la heteronomía**, la cual se enfoca en disminuir la dependencia excesiva y promover la mayor independencia posible mediante el desarrollo y el apoyo de las habilidades y capacidades de las personas.

Además de los principios y metodologías, se trabaja con un modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), la cual también se conceptualiza a través de modelos que estructuran cómo se debe aplicar el enfoque en diferentes contextos y situaciones. Este método centra su atención en tres formas de desarrollar dichos proyectos:

- **Trabajo transversal:** Implica la coordinación y colaboración entre diversos sectores y recursos de la comunidad para abordar problemáticas complejas de forma integral, facilitando la integración de recursos técnicos y comunitarios para ofrecer un apoyo más completo.
- **Trabajo horizontal:** Se refiere a la igualdad en las relaciones de poder entre la persona y el equipo de profesionales, colocando a la persona en el centro del proceso de atención y promoviendo su protagonismo y autodeterminación en las decisiones sobre su vida.
- **Activación comunitaria:** Busca desarrollar capacidades individuales dentro del entorno de la persona, utilizando los recursos existentes en la comunidad y promoviendo la participación activa en actividades culturales, artísticas o deportivas. Es fundamental identificar apoyos significativos en la comunidad, como la familia, las redes vecinales y las organizaciones civiles, para integrar efectivamente a la persona en su entorno.

Para la **aplicación del enfoque en el contexto rural** la AICP se adapta al contexto, priorizando apoyos de proximidad para que las personas permanezcan en su entorno habitual y evitando el desarraigo. Se activan recursos comunitarios clave, como familias, redes vecinales, voluntariado y asociaciones locales. Además, se diseñan intervenciones para fortalecer la cohesión social y fomentar la participación activa en la vida comunitaria.

2.2 Perfiles profesionales

En el proyecto Biocuidados, se han definido tres perfiles profesionales clave para garantizar una atención personalizada con enfoque comunitario en entornos rurales:

- **Gestor/a del Plan de Vida.** Coordina y evalúa continuamente el proyecto de vida de cada participante, identificando sus necesidades y diseñando un plan personalizado que promueva su autonomía y dignidad.
- **Profesional de Referencia.** Mantiene contacto directo con los participantes, asegurando el cumplimiento de los objetivos del plan de vida y fomentando su participación.
- **Conector/a o Facilitador/a Comunitario/a.** Facilita la interacción comunitaria, organiza actividades y crea redes de apoyo para fortalecer los vínculos sociales y el acceso a recursos locales.

En los entornos rurales, se valora la transversalidad y colaboración entre estos perfiles, permitiendo una atención flexible y adaptada a las necesidades locales.

2.3 Objetivo del programa

La Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER), con el objetivo de promover el desarrollo social en las áreas rurales, evitar la exclusión y asegurar niveles suficientes de bienestar y acceso a los derechos sociales, lanzó en 2022 el proyecto piloto de Biocuidados. Este proyecto fue financiado por la Unión Europea y vinculado al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Secretaría de Estado del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. COCEDER, en colaboración con 18 Centros de Desarrollo Rural (CDR) distribuidos en 9 comunidades autónomas de España, lo desarrollaron hasta finales de 2024.

El objetivo de la iniciativa ha sido desarrollar modelos de cuidados innovadores en entornos rurales, centrados en las personas y sostenidos por la comunidad. Se buscó identificar las necesidades y proyectos de vida de personas en situación de vulnerabilidad, aprovechando los recursos disponibles en el entorno rural para promover la autonomía personal, prevenir la institucionalización, favorecer procesos de desinstitucionalización y permitir la permanencia en el territorio rural.

En cuanto a la **planificación y evaluación,** el proyecto se ha estructurado en cuatro fases principales. La primera fase consistió en diseñar una metodología de trabajo conjunta, centrada

en la atención integral a la persona. En la segunda fase, esta metodología fue implementada en los diferentes territorios participantes. La tercera fase se centró en la evaluación del proyecto piloto, con el fin de generar procesos de aprendizaje compartido y obtener evidencias y recomendaciones. Finalmente, la cuarta fase implicó la elaboración de propuestas para contribuir al desarrollo de nuevas políticas públicas que fomenten la desinstitucionalización y prevengan la institucionalización.

La evaluación de Biocuidados ha combinado técnicas cuantitativas y cualitativas para ofrecer un análisis integral de la implementación y los resultados. Se han desarrollado entrevistas, grupos de discusión y herramientas cuantitativas como cuestionarios y escalas de calidad de vida, lo que ha permitido analizar tanto las percepciones de las personas participantes, así como otros aspectos clave como la evolución en las áreas de valor de cada uno de los planes de vida, el tiempo dedicado por el equipo a cada actividad y los efectos percibidos tanto en las personas como en su entorno comunitario. Esta metodología mixta ha proporcionado una evaluación completa y precisa.

3. Resultados y aprendizajes de Biocuidados

3.1 Evaluación de implementación

Alcance del proyecto

El proyecto Biocuidados involucró a 18 CDR, que ofrecieron servicios como apoyo social, formación, cuidado y atención a la dependencia, desarrollo comunitario y fomento del arraigo territorial. Tras un diagnóstico inicial, cada centro priorizó diferentes perfiles: 16 trabajaron con personas con discapacidad, 16 con personas mayores, 14 con personas con problemas de salud mental, 5 con niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo, y 1 con personas en situación de sinhogarismo (personas reclusas o exreclusas). Además, 7 centros atendieron a otros perfiles diversos. El programa se destacó por su enfoque adaptable a las necesidades individuales en entornos rurales, con el 45% de los CDR trabajando con más de tres de los perfiles mencionados.

En cuanto al **perfil demográfico de las personas participantes,** el proyecto Biocuidados contó con 614 personas participantes. El 59% eran personas mayores (364), seguidas por 115

personas con discapacidad (19%), 55 con problemas de salud mental (9%), 49 niños, niñas y adolescentes en riesgo (8%), y un 2% eran personas sin hogar, principalmente reclusos. El resto (3%) incluía perfiles como personas cuidadoras, personas jóvenes emancipadas, personas migrantes y víctimas de violencia de género.

La mayoría de las personas participantes eran mujeres (58%), excepto en el colectivo de las personas con discapacidad, donde la mayoría eran hombres (62%). La hipótesis principal es que hay más mujeres en el programa porque Biocuidados ofrece actividades de socialización y creación de vínculos que no suele estar disponible en entornos rurales para este perfil de persona; los hombres tienen más facilidad para tener encuentros en bares o a través de juegos como partidas de cartas en los pueblos. En cuanto a edades, **el 61% tenía más de 64 años, con la mayoría entre 80 y 94 años**. Por otra parte, hay un 16% de personas de menos de 25 años. Entre las personas con discapacidad, el segundo colectivo más relevante, el 27% tenía entre 50 y 64 años, y el 18% entre 19 y 24 años.
En cuanto al empleo, **los perfiles predominantes son las personas en situación de inactividad**: el 55% de las personas participantes están jubiladas, el 14% son pensionistas por incapacidad, el 13% están inactivas y el 11% son estudiantes.

Además, se encuentra que **el 28% de las personas viven solas**, lo que puede estar relacionado con dificultades de autonomía o problemas como la soledad no deseada o aislamiento. En cuanto al tipo de vivienda, **el 85% reporta vivir en una vivienda familiar**, el 9% del total viven en residencias o centros, el 2% en una vivienda social y el 1% en una vivienda con apoyo intermitente o permanente, datos relevantes para el proceso de desinstitucionalización del proyecto. También, se observa que el **47% de las personas participantes tiene una persona cuidadora**, especialmente entre personas mayores (52%) y con discapacidad (54%). La mayoría de las cuidadoras son mujeres (6 de cada 10), y los cuidados recaen principalmente en hijas o madres debido a la falta de apoyos externos y las expectativas culturales.

Factores de vulnerabilidad

Las personas participantes en Biocuidados identificaron y registraron sus factores de vulnerabilidad: condiciones o circunstancias que incrementan su riesgo de pasar por situaciones adversas. Estos incluyen factores sociales, sociosanitarios, personales, laborales, educativos, familiares, económicos, habitacionales y poblacionales.

El factor poblacional es especialmente relevante en el entorno rural, donde el 92% de las personas participantes lo consideran un riesgo, debido a la falta de servicios, envejecimiento, y despoblación. **Le siguen, los factores social y comunitario (83%) y sociosanitario (79%),** mientras que los factores personales, laborales, educativos y familiares se mencionan en menor medida (32%). La dimensión económica afecta al 26% de los participantes, y la vivienda solo está presente en el 19% de los casos. Se observan diferencias de vulnerabilidad entre mujeres y hombres, especialmente en los factores sociales y sociosanitarios donde las mujeres los experimentan por encima de los hombres.

Varios de estos factores pueden ser atendidos a través mecanismos como cuidados, ayudas y prestaciones. Así, se ve que **el 51% del total de personas participantes, reciben al menos una prestación**. Haciendo una diferenciación por colectivo, se puede observar que el 78% de las personas con discapacidad cuenta con al menos una prestación y el 65% de las personas con problemas de salud mental también y en menor medida las personas mayores (43%).

Recursos y Herramientas del proyecto

Herramientas: Durante la implementación del programa Biocuidados, se enfrentaron retos relacionados con la adopción de nuevas herramientas, como los planes de vida y las historias de vida, que requerían un enfoque más personalizado que el que se estaba adoptando hasta el momento. Este cambio generó una resistencia inicial, ya que las familias y personas participantes estaban acostumbradas a procesos más directos. A pesar de estas dificultades iniciales, el diseño del programa permitió la adaptación y flexibilidad y los planes de vida se ajustaron continuamente para responder a las necesidades de las personas participantes. Además, se minimizaron las barreras burocráticas y se aseguró una atención más personalizada. Aunque era un paso necesario para mejorar la calidad de la atención y considerando que no se identificaron quejas explicitas, la documentación supuso un esfuerzo extra para el equipo.

Recursos Humanos: el equipo de Biocuidados ha estado compuesto por 255 profesionales. Los equipos se caracterizan por su interdisciplinariedad, una cualidad esencial en las áreas rurales donde se requiere una atención flexible y personalizada según el caso. La mayoría de las personas integrantes del equipo cuentan con estudios universitarios (60%) y un conocimiento del territorio, lo que es altamente valorado, aunque existen dificultades para contratar personal especializado debido a la despoblación y falta de incentivos. Además, el 17% tiene estudios primarios o de la ESO, y otro 22% cuentan con estudios de formación profesional.

En cuanto a los perfiles, el más común en el equipo es el de profesional de referencia (44%), seguido por gestores de planes de vida (18%) y personal de gestión administrativa (17%). Sin embargo, el número de profesionales dedicados a la facilitación comunitaria es bajo (2,75%) a pesar de su importancia.

En cuanto a la distribución por género, el 84% del equipo eran mujeres, lo que refleja la feminización del sector de cuidados. Los hombres predominan en la gestión económica y administrativa, mientras que las mujeres están en la parte de cuidados directos. Los CDR que atienden a más de tres perfiles tienen una ratio de 3,5 participantes por profesional, y aquellos que atienden menos perfiles, de 2,7. Además, las personas profesionales han demostrado flexibilidad y ampliado sus competencias para abordar las diversas necesidades de las personas participantes.

Recursos del territorio: El equipo de Biocuidados ha jugado un papel clave como enlace entre las personas participantes y los recursos del territorio, gestionando trámites burocráticos y buscando oportunidades de educación y empleo. Además, ha colaborado estrechamente con los servicios sociales, como los Centros de Acción Social (CEAS), para identificar necesidades no cubiertas, y con otras instituciones públicas como ayuntamientos y diputaciones. Algunos CDR también han fomentado relaciones con instituciones educativas para promover la integración social intergeneracional. Otro factor importante fue la activación de personas voluntarias, apoyando en tareas como el transporte y el acompañamiento emocional, fortaleciendo la solidaridad comunitaria. El trabajo en red ha optimizado recursos, evitado duplicidades y ofrecido una atención más integral, mejorando el bienestar de las personas participantes.

Recursos económicos: El proyecto Biocuidados ha sido financiado por una subvención, lo que plantea desafíos para su sostenibilidad futura, ya que es difícil mantener el nivel de atención sin recursos similares. Algunos CDR han implementado un modelo de copago para generar ingresos adicionales, pero su aplicación ha sido complicada por la capacidad económica limitada de las familias. El coste por persona varía entre 43 y 85 euros diarios, según el CDR y las necesidades de cada perfil atendido. La sostenibilidad del modelo dependerá de encontrar nuevas fuentes de financiación una vez finalice la subvención, ya que es improbable mantener el nivel de atención intensiva sin estos recursos.

Actividades:

En línea con las fases del proyecto, primero, se realizó el proceso de incorporación al proyecto Biocuidados, este fue gradual y adaptable a las necesidades del entorno rural y de las personas participantes. Se identificó a las personas que solicitaban servicios tradicionales, facilitando la transición hacia un enfoque de integración comunitaria. Los CEAS jugaron un papel clave derivando casos que no podían ser atendidos por los recursos públicos. Aunque al principio hubo resistencia debido a la novedad del enfoque personalizado, con el tiempo aumentó la aceptación a medida que las personas participantes comprendieron sus beneficios.

Tras la incorporación al proyecto, se elaboró un plan de vida, esencial para identificar las áreas prioritarias y establecer objetivos y actividades para alcanzar las metas individuales. Las áreas de valor en el plan de vida incluyen aspectos como familia, relaciones sociales, ocio, trabajo, salud, y crecimiento personal. Estas áreas guían la planificación de actividades y acciones específicas, orientadas a mejorar el bienestar y fomentar la autonomía de las personas participantes en su entorno familiar y comunitario. Las personas participantes priorizaron áreas como el autocuidado y salud (82%), el ocio y tiempo libre (49%) y las relaciones sociales (40%), con variaciones de género en áreas como el entorno y medioambiente (39% de los hombres frente al 28% de las mujeres), y el trabajo y carrera profesional (27% de los hombres y 12% de las mujeres).

Tanto las personas mayores como las personas con discapacidad muestran patrones similares, con un énfasis en autocuidado y salud, seguido de ocio y tiempo libre. En las personas con problemas de salud mental, la familia (62%) y las relaciones sociales (56%) son prioridades destacadas. Para niños, niñas y adolescentes, las áreas de familia y crecimiento personal son muy relevantes, con un enfoque en educación y creatividad. Por último, para las personas en situación de sinhogarismo, la familia es la principal prioridad (87%).

El proyecto implementó 6,515 acciones, divididas entre intervenciones individuales, grupales y de activación comunitaria, adaptadas a las necesidades locales. El 42% de las horas del proyecto se dedicaron a la activación comunitaria y el 58% a intervenciones individuales. En 2024, se incrementaron las horas dedicadas a actividades comunitarias, reflejando un mayor enfoque en estas. Las actividades, que incluyen desde asistencia personal hasta gimnasia y talleres, se realizaron en espacios adecuados, en algunos casos incluso proporcionados por los ayuntamientos, y su éxito dependió del tejido social previo en la comunidad. Los CDR más

transversales, es decir, aquellos con más de tres perfiles por persona dedicaron mayor proporción de horas a actividades comunitarias.

3.2 Evaluación de resultados

Para evaluar los efectos que el programa ha tenido en las personas y las comunidades existentes, se realizaron entrevistas a los 6 y 12 meses con el fin de evaluar la satisfacción y evolución de los participantes de Biocuidados. El 82% reportó alta satisfacción, con el 85% indicando que se sienten mejor desde el inicio del proyecto, y el 94% mostrando una satisfacción global con el programa alta. Los hombres califican su satisfacción como "muy alta" en un 56%, frente al 62% de las mujeres. Además, el proyecto recibe una puntuación promedio de 9,2 sobre 10, con el 57% otorgando un 10. Las personas participantes también muestran una percepción positiva de la evolución en las áreas trabajadas. A continuación, vemos los resultados más relevantes por área:

Autocuidado y salud física y mental: esta área **es la más destacada por las personas participantes, con más del 30% enfocándose en ella.** En las entrevistas, la mayoría reportó mejoras en la prevención de enfermedades, especialmente mentales, y en su salud general. Sin embargo, las mejoras en el acceso a servicios de salud fueron más modestas. En algunos casos, las segundas entrevistas muestran menores mejoras, lo que podría deberse a un empeoramiento de la salud o a una percepción de estancamiento en los avances.

Ocio y tiempo libre: esta área promueve la libertad de elección y disfrute de actividades sin diferenciaciones, **es la segunda más seleccionada en los planes de vida** de las personas participantes, con casi el 50% de ellas. La mayoría experimentó mejoras, mostrando una evolución positiva entre la primera y la segunda entrevista, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Trabajo y carrera profesional: esta área, se centró en cómo el acceso al empleo mejora la motivación y el bienestar económico, social y personal. Algunos colectivos, priorizaron esta área debido a su momento vital. Se observó un avance en las perspectivas laborales, aunque se ve que es un proceso que lleva tiempo. Además, se notaron diferencias por género, dado que en los colectivos de niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad, aquellos que más priorizaron esta área de valor, existe un mayor predominó de hombres.

Tratarse bien a uno mismo: esta área, que incluye salud emocional, seguridad y autoestima, reportó mejoras importantes, aunque es menos priorizada en los planes de vida. La autoestima mostró avances moderados respecto a otras dimensiones, aunque con un impacto positivo en un alto porcentaje de participantes (50%). Las mejoras más notables fueron en motivación y estado de ánimo, especialmente en personas mayores. Estos avances se vinculan con la reducción de la soledad en mayores y el aumento de autonomía en personas con problemas de salud mental. Niños, niñas y adolescentes también mostraron mejoras en esta área, sin diferencias de género.

Crecimiento personal y educación y creatividad: esta área está vinculada al aprendizaje y la realización personal, fue priorizada por 25% de las personas participantes. Se observó una evolución positiva entre niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y personas con discapacidad en acceso a nuevos aprendizajes. En términos de género, los hombres reportaron mayores avances en el acceso a nuevos aprendizajes (61%) en comparación con las mujeres (51%), aunque no hubo grandes diferencias en la realización personal.

Espiritualidad y derechos: esta área fue seleccionada por solo el 6% de las personas participantes, se refiere al respeto, igualdad y libertad. Alrededor de un 33% de los participantes reportaron mejoras, mientras que otro tercio no notó cambios. En términos de género, en la segunda entrevista los hombres reportaron una mejora notable (44%), frente al 30% de las mujeres.

Amistades y relaciones: esta área es clave para combatir el aislamiento y la soledad no deseada, especialmente en entornos rurales. **El 40% de los participantes la priorizó en sus planes de vida**, especialmente personas con problemas de salud mental o discapacidad. Las entrevistas muestran que el aislamiento es común en personas mayores o con problemas de salud mental. Los resultados muestran mejoras en las relaciones sociales para todos los perfiles. Además, los CDR más transversales muestran un mayor porcentaje de mejoras en esta área.

Comunidad y voluntariado: esta área involucra relaciones con vecinos/as y participación en actividades comunitarias y fue seleccionada por el 30% de las personas participantes. El 30% reporta mejoras en las relaciones vecinales, mientras que el 38% ve mejoras más significativas en las relaciones comunitarias, con un aumento notable en la segunda entrevista. Las personas con discapacidad han experimentado un cambio positivo, sintiéndose más incluidas y ayudando a superar prejuicios. Las personas mayores también muestran avances, en su disposición a

integrarse en actividades grupales. No se ven diferencias por género, pero los CDR más transversales muestran mayores mejoras en las relaciones comunitarias, reflejando un enfoque más integrador.

Entorno, naturaleza y medio ambiente: esta área abarca el aprecio por el paisaje, la naturaleza y las condiciones físicas cercanas, como la vivienda. Un 33% de las personas participantes priorizó esta área en sus planes de vida. Aunque la mayoría reporta estar igual en las entrevistas, se observan mejoras en todos los aspectos, especialmente en la vivienda, posiblemente por adaptaciones a la movilidad o cambios a viviendas independientes. Los CDR con mayor transversalidad presentan mejoras más significativas en todas las dimensiones.

Familia: esta área es clave para el 44% de las personas participantes, ya que abordan necesidades de apoyo tradicionalmente vinculadas a la familia. Aunque un tercio de las personas participantes reportó mejoras en esta área en la primera entrevista y un 37% en la segunda, especialmente niños, niñas, adolescentes en riesgo y personas con discapacidad, también surgieron preocupaciones familiares sobre el aumento de autonomía de las personas participantes y cambios en las dinámicas en la toma de decisiones. A pesar de las reticencias iniciales, el proyecto se ha ganado la confianza de las familias, especialmente al reducir el estrés de las personas cuidadoras y mejorar los vínculos familiares. Los CDR más transversales, que trabajan con más de 3 perfiles, han mostrado mejores resultados en satisfacción, adaptación a necesidades y en la integración comunitaria, lo que contribuye a una atención más inclusiva y sostenible a largo plazo.

En cuanto a **los resultados en la comunidad,** el programa ha tenido un impacto positivo, revitalizando las relaciones sociales y la cohesión, especialmente tras la pandemia. Los CDR han facilitado actividades e interacción, aunque han enfrentado desafíos como mantener la motivación y superar las limitaciones físicas. Las facilitadoras comunitarias han sido clave en la activación de redes sociales. El programa ha mejorado la inclusión de personas en situación de vulnerabilidad, sensibilizado a la comunidad y promovido la activación de recursos locales, fortaleciendo redes y creando infraestructuras y servicios sostenibles.

Durante la implementación de Biocuidados, el **24,6% de las personas participantes (151 personas) se desvincularon del proyecto.** El 85% de estas bajas fueron por razones como el fallecimiento, el cambio de domicilio, el cumplimiento de objetivos o la falta de respuesta, mientras que solo el 4% fueron abandonos voluntarios (23 personas). A pesar de dejar el

programa, la mayoría mantuvieron una percepción positiva. Los abandonos se debieron principalmente a la necesidad de apoyos más intensivos, lo que llevó a unos pocos a optar por la institucionalización. Además, 7 personas dejaron el programa porque los apoyos no se ajustaban a sus necesidades.

Finalmente, el proyecto piloto de Biocuidados de tres años ha generado resultados positivos, como la flexibilidad y financiación que permitieron cambios significativos en los CDR, pero la incertidumbre sobre su continuidad después de 2024 causó preocupaciones. Se espera que las actividades comunitarias y grupales continúen mediante estrategias como la búsqueda de fondos adicionales y gestiones políticas. A pesar de los posibles recortes, el legado de Biocuidados incluye una red comunitaria fortalecida y un cambio hacia la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), con los CDR como espacios de referencia para las comunidades.

3.3 Principales conclusiones

El proyecto Biocuidados ha logrado mejoras significativas en muchas de las áreas trabajadas con las personas participantes como la salud, el ocio y el bienestar general, **con avances diferenciados según el perfil de las personas participantes**. Además, **Biocuidados ha sido exitoso en la prevención de la institucionalización, con solo un 3% de las personas participantes institucionalizadas**, todo ello mediante un modelo de AICP con un equipo profesional multidisciplinar y una mirada ligada a la activación comunitaria. La evaluación continua y el uso de metodologías evaluativas desde el diseño han sido clave para el éxito del proyecto.

Dados los buenos resultados del proyecto Biocuidados, cabe destacar cuáles son los puntos principales que hay que poner en valor para ser transferidos a todos los territorios y escalables a nivel nacional.

En primer lugar, Biocuidados representa un cambio de mirada en la manera de trabajar con personas en situación de vulnerabilidad. Se trata de un trabajo de abajo a arriba, centrado en la persona y adaptado a ella, implicando a todas las áreas y/o servicios que sean necesarios para su consecución.

En segundo lugar, se trata de una intervención que, más allá de estar centrada en la persona, tiene voluntad comunitaria, es decir, pretende fomentar la activación y participación comunitaria.

Para ello, se consideran fundamentales dos figuras entrelazadas: una institución arraigada al territorio y que actúe como nexo comunitario y como punto de encuentro para las personas pertenecientes a diferentes estratos de la comunidad (el CDR) y unas personas profesionales capaces de activar los recursos existentes y conectarlos con las personas participantes (facilitadores/as comunitarios/as).

En tercer lugar, es un programa desarrollado en el mundo rural que, como se ha explicado anteriormente, tiene particularidades que pueden no ser compartidas por los entornos urbanos y que requieren de un uso eficiente de los recursos y un cambio de perspectiva. Esta eficiencia en los recursos se ha conseguido gracias a la transversalidad tanto de los equipos profesionales multidisciplinares como de los perfiles de personas participantes, huyendo de la colectivización y las intervenciones basadas en cuestiones genéricas vinculadas a colectivos concretos en vez de necesidades específicas de la persona participante.

Finalmente, y ligado a este último punto, cabe destacar que, a pesar de tratarse de un programa con multitud de perfiles participantes, el hecho de que se trate de una intervención basada en el modelo AICP hace que cada persona priorice sus áreas de valor a trabajar, encontrando efectos diferenciales para cada uno de los perfiles sin la necesidad de hacer intervenciones basadas en esos perfiles en concreto. Por ejemplo, como se ha explicado anteriormente, se han generado recursos nuevos inexistentes en la actualidad como las ocupaciones con significado en el caso de las personas con discapacidad o el impulso de viviendas autónomas para evitar la institucionalización (o promover la desinstitucionalización) de algunas de las personas participantes.

4. Barreras a la transferencia y escalabilidad del modelo

Distribución competencial en diversos niveles de gobierno

La implementación de un modelo de atención rural integral centrado en la persona enfrenta una de sus principales barreras en la distribución competencial entre los diferentes niveles de gobierno. En España, los servicios sociales están altamente descentralizados, ya que la Constitución atribuye a las comunidades autónomas competencias exclusivas en esta materia. Esto ha dado lugar a una gran diversidad legal y organizativa entre las 17 comunidades autónomas, cada una con sus propias leyes de servicios sociales y estructuras funcionales. Mientras que algunas regiones dividen los servicios en dos niveles (básico y especializado), otras cuentan con hasta cinco niveles, con variaciones significativas en los servicios prestados. Estas diferencias se reflejan en los catálogos regionales de servicios sociales, que presentan grandes diferencias en la oferta y garantías de acceso. Por ejemplo, mientras los servicios residenciales para personas con necesidades de cuidados suelen estar disponibles en la mayoría de las regiones, otros, como los destinados a personas con discapacidad, no están garantizados de manera uniforme.

Por otro lado, las unidades territoriales también presentan disparidades, ya que cubren distintas densidades poblacionales y extensiones territoriales. Especialmente en el ámbito rural, en donde la densidad poblacional no es tan importante, pero las extensiones a cubrir son muy amplias, lo que genera desigualdades en el acceso a los servicios. Esta fragmentación dificulta la coordinación y la aplicación uniforme de un modelo integral.

La descentralización, aunque permite adaptar los servicios a las características locales, también dificulta la creación de un marco común que asegure la calidad y equidad en la prestación de servicios. Según el informe de la OCDE (2022), sería necesario desarrollar mecanismos de colaboración interregional y nacional para unificar criterios y garantizar que todas las comunidades autónomas puedan acceder a recursos adecuados. Además, aunque la descentralización permite adaptar los servicios a las necesidades locales, también genera disparidades significativas en la financiación entre comunidades autónomas o incluso entre municipios. Las zonas rurales, que suelen tener presupuestos más limitados, enfrentan mayores

dificultades para atraer recursos suficientes y garantizar una cobertura adecuada. Esto afecta directamente la calidad y sostenibilidad de los servicios.

Fragmentación de servicios

El sistema de servicios sociales actual está marcado por una organización compartimentada entre los servicios de atención primaria y los especializados, pero, además, es independiente de otros servicios relevantes para el cuidado y la autonomía, como son el sistema de salud, el sistema de salud mental, el de la educación, el del empleo o la vivienda. Esto impide soluciones integradas y centradas en las trayectorias y particularidades de las necesidades individuales de las personas, ya que muchas veces la coordinación entre estos servicios está poco estandarizada y depende de la voluntad o la pericia de profesionales puntuales. Las personas en situación de vulnerabilidad muy frecuentemente encuentran difícil la navegación de cada servicio o desconocen cómo hacerlo. Especialmente las personas con necesidades complejas, como quienes padecen problemas de salud mental o situación de dependencia no reconocida, a menudo quedan fuera del alcance de los servicios.

La falta de interoperabilidad entre sistemas tecnológicos y administrativos agrava este problema, ya que limita el intercambio de información entre sectores. Esto resulta en una atención fragmentada, en la que las personas usuarias deben transitar por múltiples servicios sin recibir un apoyo coordinado.

Estructura de cartera de servicios sociales limitada o encasillada

El modelo actual de atención está basado en categorías estandarizadas de necesidades y servicios que no siempre responden a las preferencias y necesidades individuales. Por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio se centra en categorías de dependencia, pero no necesariamente en los deseos de la persona – con estructuras de tiempos, tareas y modalidades pre estructuradas. Esto genera insatisfacción entre las personas usuarias y sus familias. Además, la respuesta es lenta y no alcanza a todas las personas que necesitan apoyos, dejando fuera a quienes no tienen una situación de dependencia reconocida suficiente como para contar con el apoyo necesario.

La rigidez de las carteras de servicios, junto con la falta de flexibilidad para adaptarse a situaciones cambiantes, también limita la capacidad de innovación. El consenso es creciente en

la necesidad de avanzar hacia un modelo más dinámico y centrado en la persona, que incluya servicios a domicilio, acompañamiento comunitario y un enfoque preventivo.

La rigidez administrativa y la estructura actual de los servicios dificultan la adaptación de los apoyos a las necesidades individuales, en parte debido a la insuficiencia de recursos humanos y presupuestarios, que obstaculiza la creación de planes individualizados y el acompañamiento de casos puntuales, y, mucho menos, el desarrollo de actividades de prevención. La financiación insuficiente y las desigualdades en la asignación de recursos entre regiones también contribuyen a esta problemática. Si bien en el entorno rural, el problema no es el de la cantidad de usuarios, las ratios bajas de personal de servicios sociales por personas atendidas se componen con la dificultad de la extensión del territorio que tienen que cubrir y los tiempos de traslado de un pueblo a otro.

Esta situación tiene una consecuencia directa en las decisiones de institucionalización de personas con dependencia de distinto perfil, ya sean personas mayores o personas con discapacidades o problemas de salud mental. Ante la falta de acceso a servicios de atención de cuidado o preventiva y la falta de soluciones adaptadas, muchas familias optan por la institucionalización, incluso cuando la preferencia de las personas con pérdida de autonomía sería la de residir en su vivienda propia o en su lugar de origen, con algún tipo de apoyo.

Falta de nexo comunitario en zonas rurales

La falta de un nexo comunitario sólido en muchas áreas rurales representa una barrera importante para la implementación y sostenibilidad de modelos de atención integral centrados en la persona. Este nexo, que en el caso del programa piloto está representado por los Centros de Desarrollo Rural (CDR), no siempre existe o no está consolidado en todas las comunidades rurales. Los CDR son entidades con un profundo arraigo en las comunidades, conocidas y valoradas por los diferentes actores sociales locales, y desempeñan un papel clave como conectores comunitarios. Sin embargo, en áreas donde no hay entidades similares o donde estas no cuentan con los recursos ni el reconocimiento necesarios, la dinamización comunitaria y la prestación de apoyos integrales se ven gravemente afectadas.

En el contexto del medio rural, las dinámicas de despoblación han erosionado las redes sociales informales que tradicionalmente ofrecían apoyo mutuo a las personas más vulnerables. La

emigración de personas jóvenes hacia centros urbanos en busca de oportunidades de empleo y educación no solo ha reducido la densidad poblacional, sino que también ha debilitado el tejido social, dejando a muchas personas mayores, con discapacidad o en situación de vulnerabilidad aisladas y sin acceso a actividades sociales, educativas o de ocio que promuevan su inclusión y bienestar. La falta de espacios de encuentro y de actores que faciliten la cohesión social dificulta la creación de redes de apoyo, esenciales para prevenir situaciones de exclusión y promover la autonomía de las personas.

Los CDR, como se observa en el programa Biocuidados, pueden actuar como un eje vertebrador de la vida comunitaria en estas áreas. Su labor va más allá de la prestación directa de servicios: crean espacios de encuentro, promueven la colaboración entre actores sociales, coordinan recursos locales y fomentan un sentimiento de pertenencia entre las personas de la comunidad. Sin embargo, en muchas zonas rurales, estas entidades carecen de la financiación adecuada o del reconocimiento institucional necesario para expandir su alcance y consolidarse como elementos clave en las políticas públicas. Además, en las áreas donde no existen CDR u organizaciones equivalentes, el vacío en esta función de conexión comunitaria resulta en una atención fragmentada y limitada, que no logra responder de manera integral a las necesidades del territorio.

La falta de un nexo comunitario estructurado también tiene un impacto directo en la efectividad de las iniciativas de atención integral centradas en la persona. Sin una entidad reconocida y respetada que actúe como interlocutora entre las administraciones públicas, los servicios sociales y las comunidades locales, resulta más difícil identificar necesidades, movilizar recursos y garantizar una respuesta coordinada. En este sentido, la experiencia de Biocuidados demuestra que la presencia de un CDR o entidad similar es esencial para facilitar la coordinación intersectorial y promover dinámicas de prevención, como el apoyo a las familias y la creación de alternativas a la institucionalización.

Dispersión geográfica en el mundo rural

La dispersión de la población en el mundo rural supone un desafío significativo para garantizar la accesibilidad a servicios esenciales, especialmente en un modelo integral centrado en la persona. En estos territorios, las distancias entre las localidades y la baja densidad de población obligan a crear soluciones específicas y adaptadas que difícilmente pueden replicar el esquema

estándar de las áreas urbanas, donde un único centro de atención puede atender a una gran cantidad de personas en un radio reducido. En el entorno rural, no solo es necesario descentralizar la oferta de servicios, sino también implementar estrategias de movilidad y desplazamiento que acerquen los apoyos a comunidades pequeñas y dispersas. Esto incrementa notablemente los costes operativos y administrativos, a la vez que dificulta la estandarización de los procesos y la planificación eficiente.

Además del impacto económico, esta realidad genera importantes desigualdades en el acceso a los servicios, ya que las personas que viven en zonas más remotas o de difícil acceso tienden a quedar desatendidas. Esta falta de cobertura, combinada con la escasez de infraestructuras de transporte público en el medio rural, incrementa la exclusión social y agrava las condiciones de vulnerabilidad de determinados colectivos. Las personas con pérdida de autonomía, como personas mayores o aquellas con discapacidades, son especialmente afectadas, ya que no pueden trasladarse de forma independiente a los centros de atención, y muchas veces dependen de familiares o redes informales que no siempre están disponibles.

Por otro lado, la dispersión geográfica también tiene consecuencias directas en las dinámicas de trabajo del personal profesional. Los largos desplazamientos entre localidades no solo aumentan el tiempo y los recursos necesarios para atender a las personas usuarias, sino que también generan un desgaste significativo en las personas trabajadoras. Esto repercute tanto en la calidad de los servicios como en la disponibilidad de profesionales dispuestos a trabajar en estas condiciones. La preferencia por áreas urbanas con mejores oportunidades laborales, mayor acceso a recursos y una mejor calidad de vida limita la contratación de personal cualificado en el medio rural, acentuando aún más las desigualdades territoriales.

A este panorama se suma la creciente demanda de servicios derivados del envejecimiento acelerado de la población rural. Las personas mayores representan una proporción significativa en estas zonas y requieren apoyos específicos que, en muchos casos, no están disponibles o son insuficientes. Esto incrementa la presión sobre las familias, que se ven obligadas a buscar alternativas, como la institucionalización, que no siempre responde a las preferencias ni al bienestar de las personas mayores. Así, la dispersión geográfica no solo plantea retos logísticos y económicos, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas atendidas y en la sostenibilidad de los modelos de atención.

Ausencia de equipos multidisciplinares en la administración pública

Una de las principales barreras para la implementación y escalabilidad del modelo de atención integral centrado en la persona en el mundo rural es la falta de equipos multidisciplinares consolidados en la estructura de los servicios sociales de la administración pública. Actualmente, los servicios sociales suelen estar organizados en torno a profesionales con roles específicos y delimitados, pero no existe una estructura formal que promueva el trabajo coordinado y horizontal entre disciplinas, ni mucho menos el enfoque de facilitación comunitaria.

En el modelo tradicional de los servicios sociales, las personas profesionales actúan principalmente desde un enfoque reactivo, centrado en la gestión de casos individuales, lo que limita la capacidad de generar respuestas integrales y coordinadas. Por el contrario, el modelo de Biocuidados requiere equipos multidisciplinares que trabajen de manera proactiva, colaborativa y centrada en las necesidades holísticas de las personas. Sin embargo, este enfoque es raro en el sistema público debido a la falta de estructuras organizativas para el trabajo, la ausencia del rol de facilitador o conector comunitario, la insuficiencia de recursos humanos para la configuración de equipos estables, las limitaciones en la formación y capacitación en enfoques comunitarios y la falta de incentivos para el trabajo en equipo.

Así, los servicios sociales actuales carecen de mecanismos institucionalizados que favorezcan el trabajo conjunto entre disciplinas y con otros sectores como salud, educación, empleo o vivienda. Esto provoca que, incluso cuando se forman equipos de trabajo, su colaboración sea informal y dependiente de la buena disposición de las personas profesionales involucradas, sin una estructura que lo respalde. Además, el rol de facilitador/a o conector/a comunitario/a, esencial en el modelo de Biocuidados, no está contemplado en las categorías profesionales de los servicios sociales públicos. Esta figura, que actúa como puente entre la persona usuaria, los servicios disponibles y la comunidad, es clave para garantizar una atención integral y proactiva, pero su inexistencia en la administración pública dificulta la adopción del modelo. En su lugar, las tareas de coordinación recaen a menudo en trabajadores/as sociales, quienes ya tienen una elevada carga de trabajo y cuya formación no siempre incluye herramientas de dinamización comunitaria o enfoque interdisciplinar.

Por otro lado, la escasez de personal en los servicios sociales rurales hace inviable la creación de equipos multidisciplinares, ya que muchas veces las personas profesionales trabajan de manera aislada, atendiendo una amplia zona geográfica y priorizando necesidades urgentes. Sin un aumento significativo de recursos humanos, es poco realista esperar que las administraciones puedan formar equipos diversos que incluyan profesionales con perfiles innovadores. En este sentido, la formación de las personas profesionales de servicios sociales rara vez incluye competencias relacionadas con la facilitación comunitaria o el trabajo multidisciplinar. Esto limita su capacidad para asumir roles más dinámicos, como la movilización de recursos locales o la promoción de redes de apoyo comunitario. En el medio rural, esta carencia se ve agravada por el acceso limitado a oportunidades de formación continua.

Así pues, las dinámicas administrativas actuales priorizan la resolución de casos individuales, y los indicadores de desempeño de las personas profesionales están más ligados al número de expedientes resueltos que a la calidad de la atención integral o al impacto comunitario. Esto desincentiva el trabajo colaborativo y la inversión de tiempo en actividades de dinamización comunitaria.

5. Oportunidades para la implementación de los principios de Biocuidados

Teniendo en cuenta las barreras a la implementación de un modelo como el de Biocuidados mencionadas y sabiendo que la estrategia de fomento de la desinstitucionalización y prevención de la institucionalización es una realidad, es imprescindible priorizar los servicios preventivos y de carácter integral, adaptando las carteras de servicios a los nuevos perfiles de usuarios. La atención centrada en la persona requiere un acompañamiento comunitario que favorezca la desinstitucionalización y potencie los servicios a domicilio. Esta estrategia no solo mejora la calidad de vida de las personas usuarias, sino que también reduce la presión sobre los recursos residenciales.

La implementación de programas preventivos en el ámbito rural requiere que se considere los desafíos propios del ámbito y se potencien soluciones de atención integral, que actúen transversalmente con distintos perfiles de usuarios/as con mayor cercanía.

A partir de los aprendizajes de la implementación y evaluación el proyecto de Biocuidados se desprenden algunas oportunidades significativas para mejorar la inclusión y el bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad en el ámbito rural. No obstante, su éxito dependerá de la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, la flexibilización administrativa y la inversión en recursos comunitarios.

Rol de nexo o facilitador/a comunitario/a

Esta figura podría residir en una organización o en un equipo de trabajo que conozca el territorio y sus recursos, así como también a personas clave para poder contar con la confianza y el reconocimiento local, de modo que se acuda a ellos en caso de consultas o necesidad. Idealmente, esta figura deberá tener un reconocimiento formal para así poder colaborar con las autoridades políticas locales, pero también con referentes de servicios sociales y de salud para poder referir a las personas a las atenciones, servicios o recursos necesarios.

Estas figuras podrían llevar adelante las propias actividades y servicios que detecten como necesarios en cada territorio, adaptándose a las particularidades de la población y sus

necesidades puntuales. De esta manera su rol sería transversal, el de ser un nexo entre recursos, de manera que se compense por la falta de acceso frecuentemente experimentada en el entorno rural. Algunas actividades o servicios desarrollados por los Centros de Desarrollo Rural que fueron más apreciados por las personas participantes de Biocuidados, que sería posible que se llevaran a cabo, son la entrega de comidas a personas con autonomía reducida, los comedores comunitarios para generar espacios de encuentro y alimentación, los espacios intergeneracionales como espacios de ocio y cuidado, las actividades de envejecimiento activo, talleres educacionales de distinto tipo y actividades de ocio generales, como caminatas, talleres de cocina, etc.

La dinamización del entorno comunitario resulta esencial. Esto incluye incrementar los recursos para actividades de inclusión social, fomentar encuentros informales y mejorar el transporte público o recursos alternativos de transporte para facilitar la participación en la comunidad. Estas medidas no solo mejorarían el bienestar de las personas usuarias, sino que también combatirían la soledad no deseada en el ámbito laboral de las personas trabajadoras.

Este tipo de rol puede ser llevado adelante por representantes locales, como recursos del Ayuntamiento o por roles privados o semi-privados, que estén prestando servicios localmente. En esta actividad se destaca la importancia de la colaboración público-privada (o público-social) para este tipo de tareas, dado la menor presencia de representantes de servicios sociales a nivel local y los recursos escasos de administraciones locales de municipios pequeños. Distintas organizaciones hoy cumplen roles de servicios públicos o sociales, pero sólo logran llevarlo al cabo de manera formal a partir de proyectos puntuales, con recursos finitos y escasa flexibilidad. Es por esto, que el entorno rural se beneficiaría de la presencia de un rol más estable que cumpla estas funciones.

Por tanto, garantizar la existencia, sostenibilidad y fortalecimiento de estos nexos comunitarios en el medio rural es una condición imprescindible para la replicabilidad y escalabilidad del modelo. Esto implica no solo invertir en la creación o consolidación de entidades como los CDR, sino también establecer mecanismos que aseguren su sostenibilidad a largo plazo, incluyendo financiación estable, formación especializada para su personal, y políticas públicas que reconozcan y refuercen su papel como agentes de transformación social y dinamización comunitaria.

Incentivar la transversalidad en la cartera de servicios

Como se ha mencionado anteriormente, la estructura actual de la cartera de servicios sociales, organizada en categorías estancas y rígidas, dificulta la respuesta a las trayectorias personales y a las necesidades específicas de las personas en el entorno rural. Para superar esta barrera, sería necesario introducir cambios regulatorios que permitan mayor flexibilidad en la prestación de apoyos, adaptándose a las particularidades de los territorios rurales y a las circunstancias individuales de las personas usuarias.

Un ejemplo de este enfoque es el desarrollo de carteras de servicios más dinámicas, que incorporen herramientas como presupuestos personalizados o servicios modulares. Este modelo permitiría a las personas diseñar, junto con un equipo de personas profesionales, un plan de atención ajustado a sus necesidades y preferencias, integrando servicios de cuidado, transporte, acompañamiento comunitario o actividades preventivas, entre otros. Esta propuesta no solo responde a la diversidad de situaciones en el medio rural, sino que también promueve la autonomía de las personas usuarias, evitando que se vean limitadas por las categorías predefinidas de los servicios.

Por otra parte, en el ámbito rural sería necesario desarrollar protocolos específicos de actuación conjunta que respondan a las características del territorio. Estos protocolos podrían incluir servicios itinerantes, como unidades móviles de salud y servicios sociales, que se desplacen regularmente para garantizar el acceso de las personas que viven en áreas más remotas. También sería fundamental fortalecer los recursos de transporte público o alternativo, asegurando que las personas puedan llegar a los puntos de atención cuando sea necesario. Estas medidas no solo mejorarían la accesibilidad, sino que también contribuirían a combatir el aislamiento social, especialmente entre las personas mayores o con movilidad reducida.

Por último, es imprescindible fomentar un cambio de mentalidad en la manera de concebir la atención social, promoviendo un enfoque que ponga a las personas en el centro y priorice su participación activa en la toma de decisiones sobre su plan de vida. Esto debe reflejarse tanto en la formación de las y los profesionales como en los marcos normativos que regulan los servicios sociales, asegurando que se adapten a un enfoque integral y personalizado.

En definitiva, garantizar una atención transversal e integrada en el medio rural requiere cambios estructurales que permitan superar la rigidez actual del sistema y establecer un modelo más flexible y centrado en las personas, capaz de responder a las particularidades de estos territorios y de sus comunidades.

Creación del rol de gestor/a de caso

Además, de las mejoras en la transversalidad de la atención, sería fundamental la creación de sistemas de gestión de casos únicos que integren los servicios sociales, sanitarios, educativos, laborales y de vivienda, permitiendo una atención más coordinada y transversal. Esta figura podría ser asumida por los propios servicios sociales o por personas representantes de la ruralidad, dado que en Biocuidados, en muchos casos, el personal del proyecto cumplía este rol.

La creación de la figura del gestor/a de caso permitiría una atención más integrada, centrada en las necesidades individuales. Este enfoque facilitaría la coordinación entre servicios sociales, sanitarios y de empleo, promoviendo soluciones holísticas para personas con necesidades complejas. La persona gestora de caso podría advocar por las personas con necesidades puntuales, generando una atención integral a través de una coordinación eficaz, al conocer los recursos, las gestiones y las personas necesarias para atender situaciones de manera individualizada y a tiempo. Este tipo de innovación podría mejorar el aspecto individualizado de la atención a las personas y proveerle flexibilidad a la atención, propia de una persona con mayor cercanía tanto personal, como territorial, a la necesidad.

Finalmente, es relevante notar que esta innovación permitiría obtener resultados rápidos, sin la necesidad de importantes cambios normativos importantes, sino una flexibilización en la gestión de ciertos recursos en el ámbito rural. Concretamente, esto se beneficiaría de establecer un marco tecnológico que garantice la interoperabilidad de los sistemas de información entre las distintas administraciones y sectores implicados, facilitando así el intercambio de datos y evitando duplicidades en las gestiones. En el entorno rural, donde los recursos son más limitados y dispersos, esta integración tecnológica resulta esencial para optimizar la planificación y garantizar que las personas no queden desatendidas.

Rol de las instituciones residenciales y modelos alternativos de vivienda

La incorporación de modelos comunitarios y de viviendas alternativas para hacer frente a situaciones de pérdida de autonomía es fundamental para respetar los derechos de las personas. Esto incluye reforzar los servicios a domicilio, una de las principales recomendaciones de la OCDE (2022), y diversificar la oferta de vivienda para personas con dependencia, discapacidad o necesidades de cuidados intensivos, así como transformar la atención de los centros residenciales.

El "Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión" de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024-2030) del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 ya propone medidas como el incremento de las horas de atención a domicilio, la consideración de la teleasistencia y la transformación hacia la desinstitucionalización de los cuidados de larga duración como pilares para la atención a la vulnerabilidad. Estas iniciativas apuntan en la dirección correcta, sin embargo, la ayuda a domicilio es, de lejos, la categoría que acapara una parte más importante del gasto de los servicios sociales de atención primaria en todas las Comunidades, representando, entre el 38% y un 86% del (OECD, 2022). Un enfoque comunitario, centrado en la persona e innovador podría hacer más eficientes y disponible estos recursos.

A partir de la implementación del modelo de Biocuidados en distintos Centros de Desarrollo Rural de España, surgieron alternativas innovadoras para la vivienda autónoma de las personas con distintos grados de dependencia que así lo deseen. En una medida menos intensiva, se utilizaron distintos dispositivos tecnológicos, como radares anticaídas, para monitorear el estado de las personas. También se crearon redes entre personas vecinas para la ayuda y acompañamiento en tareas básicas para personas con problema de movilidad. Por otro lado, para casos con mayores necesidades de atención, se crearon viviendas comunitarias en donde podían residir más de una persona dentro del proyecto, y en donde había desde coordinadores o monitores a convivientes, dependiendo de la intensidad de la necesidad de apoyo. Estas viviendas permitían autonomía a la vida diaria de las personas, así como la oportunidad de quedarse en su ámbito reconocido, dentro de sus pueblos.

Este tipo de modelos podrían replicarse para permitir cuidados intensivos fuera de la institucionalización. Asimismo, algunos CDRs han trabajado en la desinstitucionalización de personas de residencias que, al tomar contacto con el enfoque de atención integral centrada en la persona, han incorporado algunos de sus principios para el trabajo de día a día.

Sería interesante explorar distintos modelos híbridos entre residencias y viviendas comunitarias para permitir el apoyo de profesionales especialistas fuera del ámbito institucional, que se adapten a los deseos y necesidades de las personas, manteniendo la eficiencia en la atención. En este sentido, para implementar soluciones habitacionales alternativas que respeten los derechos y preferencias de las personas con pérdida de autonomía, sería necesario abordar varios aspectos estructurales y regulatorios del sistema actual. En primer lugar, el marco normativo que regula los servicios sociales y de cuidados debería ampliar la definición de recursos habitacionales y flexibilizar las categorías actuales. La mayoría de las normativas autonómicas y estatales se centran en modelos tradicionales como las residencias o la ayuda a domicilio, lo que limita la implementación de opciones intermedias, como viviendas comunitarias o apoyos tecnológicos personalizados. Para superar esta barrera, sería imprescindible reconocer formalmente en la cartera de servicios la diversidad de modelos habitacionales que ofrecen apoyo fuera de los entornos institucionales tradicionales.

Además, sería necesario revisar los criterios de acceso a los servicios de cuidados y las fuentes de financiación asociadas. En el modelo actual, el reconocimiento de la dependencia a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) suele ser un requisito para acceder a muchos servicios, lo que deja fuera a personas con necesidades importantes, pero no suficientemente reconocidas. Para fomentar alternativas como las viviendas comunitarias o las redes vecinales de apoyo, los criterios de elegibilidad deberían adaptarse para priorizar no solo la situación de dependencia, sino también las preferencias de las personas y el contexto específico en el que residen. Esto requeriría un cambio hacia un enfoque basado en derechos que permita a las personas elegir cómo y dónde quieren recibir los apoyos necesarios.

Alianzas entre comunidades y alternativas al transporte

Una potencial solución efectiva para enfrentar el desafío de promover sistemas de cuidado de atención integral centrados en la persona en el entorno rural es la combinación de alianzas estratégicas entre comunidades cercanas y el desarrollo de alternativas de transporte público adaptadas a las necesidades de los colectivos en situación de vulnerabilidad.

En primer lugar, las alianzas entre municipios o pueblos cercanos representan una oportunidad clave para optimizar recursos y superar las limitaciones derivadas de la escasez presupuestaria y de infraestructura que suelen caracterizar a las administraciones locales de las áreas rurales. Estos acuerdos intermunicipales permitirían combinar capacidades y esfuerzos para ofrecer servicios conjuntos, como centros de día, programas de envejecimiento activo y servicios de cuidado especializados. Por ejemplo, en lugar de que cada municipio intente ofrecer de forma individual estos servicios, las comunidades podrían establecer infraestructuras compartidas en forma de, por ejemplo, mancomunidades, que beneficien a una población más amplia, asegurando el transporte entre una y otra. Esto no solo mejoraría la eficiencia de los servicios, sino que también incrementaría su calidad al permitir concentrar recursos económicos y humanos en puntos estratégicos.

Este enfoque colaborativo facilitaría la creación de actividades de ocio, apoyo y cuidado que actualmente son escasas en muchos municipios rurales debido a su limitada capacidad de inversión. Además, al sumar las poblaciones de varios pueblos, se generaría una masa crítica suficiente para atraer servicios especializados al territorio, lo que de otra forma no sería viable en áreas con baja densidad poblacional. Este modelo no solo fortalecería la oferta de servicios, sino que también fomentaría un sentido de comunidad más amplio y colaborativo entre los diferentes municipios implicados, lo que se ha experimentado en algunos de los territorios en donde se implementó Biocuidados.

En segundo lugar, el transporte público juega un papel fundamental para garantizar el acceso de las personas a los servicios conjuntos que se ofrezcan en los puntos estratégicos de atención. Las áreas rurales suelen carecer de sistemas de transporte regulares, lo que dificulta la movilidad de los colectivos vulnerables, como las personas mayores, aquellas con diversidad funcional o familias con menores a cargo. Para solventar este problema, sería necesario implementar alternativas de transporte adaptadas a las realidades rurales. Entre las opciones

viables se encuentran los transportes a demanda, que permiten a las personas solicitar servicios de transporte según sus necesidades específicas. Estas iniciativas no sólo son flexibles y accesibles, sino que también aseguran una conectividad esencial en zonas con baja densidad poblacional.

Otra solución efectiva son los esquemas de transporte comunitario, donde las propias comunidades organizan vehículos compartidos para facilitar el traslado de las personas hacia servicios esenciales como centros de día, hospitales o mercados locales. Estas iniciativas suelen estar gestionadas por voluntariado o pequeñas organizaciones locales, lo que las hace sostenibles y adaptadas a las necesidades específicas del territorio.

Además, estas alternativas de transporte podrían complementarse con rutas regulares entre municipios participantes en alianzas intercomunitarias, estableciendo un sistema que conecte eficientemente las zonas más alejadas con los puntos centrales de atención. Este enfoque integral no solo mejoraría el acceso a los servicios, sino que también reduciría los costes asociados al transporte, haciéndolo más asequible tanto para las administraciones locales como para las personas usuarias.

En conclusión, la combinación de alianzas intermunicipales y el desarrollo de soluciones innovadoras de transporte público representan oportunidades para abordar los retos de provisión de servicios de cuidado en el entorno rural. Estas medidas permitirían optimizar recursos, mejorar la accesibilidad y garantizar que los colectivos vulnerables puedan participar plenamente en los servicios diseñados para sus necesidades específicas. Este enfoque colaborativo y sostenible contribuiría a construir sistemas de cuidado más inclusivos, equitativos y adaptados al entorno rural.

Fortalecimiento de equipos multidisciplinares en el medio rural

Para superar los problemas de personal en el medio rural y garantizar la sostenibilidad de los equipos multidisciplinares, sería necesario implementar una estrategia integral que contemple cambios estructurales, incentivos laborales y la creación de mecanismos de apoyo específicos para estas zonas. Actualmente, la escasez de personal cualificado y la alta rotación dificultan la consolidación de equipos estables, lo que repercute directamente en la calidad y continuidad de la atención. Además, la falta de roles definidos en torno a la atención integral y comunitaria

limita la capacidad de los servicios para abordar de forma transversal las necesidades de las personas usuarias.

Un primer paso sería establecer un marco normativo que regule y fomente la creación de equipos multidisciplinares en el medio rural, asegurando su integración en el sistema público de servicios sociales y sanitarios. Esto implicaría definir roles específicos dentro de estos equipos, como el de facilitador/a comunitario/a, trabajador/a social, personal de salud, educadores/as y otros perfiles especializados que trabajen de manera coordinada. Este marco debería incluir una financiación estable para estos equipos, que no dependa únicamente de proyectos temporales o subvenciones puntuales, asegurando su sostenibilidad a largo plazo.

Paralelamente, sería esencial implementar políticas de incentivos para atraer y retener talento en el medio rural. Esto podría incluir medidas como bonificaciones salariales, ayudas para el alojamiento, programas de conciliación laboral y familiar, y opciones de teletrabajo parcial para personal administrativo o de coordinación. También podrían establecerse acuerdos con universidades y centros de formación para promover prácticas y programas de formación dual en zonas rurales, con el objetivo de acercar a las nuevas generaciones de profesionales a este entorno y fomentar su arraigo en el territorio.

Otro aspecto fundamental sería reforzar la formación y especialización del personal en enfoques integrales centrados en la persona y en dinámicas comunitarias. Los equipos multidisciplinares deben estar capacitados para trabajar de manera coordinada y adaptarse a las especificidades del medio rural, como la dispersión geográfica y las necesidades complejas de las personas atendidas. Para ello, sería necesario desarrollar programas de formación continua y accesible, priorizando competencias como la coordinación intersectorial, el trabajo en red y el uso de tecnologías para la atención remota.

Finalmente, sería importante avanzar en la digitalización e interoperabilidad de los sistemas de atención, permitiendo que los equipos multidisciplinares puedan trabajar de forma integrada, aunque estén físicamente distribuidos. Esto no solo facilitaría la coordinación, sino que también optimizaría recursos y permitiría ampliar la cobertura de los servicios en áreas remotas.

6. Conclusiones

El proyecto Biocuidados ha demostrado ser una intervención innovadora y eficaz para abordar los desafíos específicos del cuidado en las zonas rurales, consolidándose como un modelo de atención integral centrado en la persona y basado en la activación comunitaria. Los resultados obtenidos no solo reflejan mejoras significativas en la calidad de vida y autonomía de las personas participantes, sino también un fortalecimiento del tejido social en comunidades rurales, destacando la relevancia de la intervención comunitaria en contextos de alta dispersión geográfica y despoblación.

Una de las principales fortalezas del modelo radica en su capacidad de adaptación a las características particulares del medio rural, promoviendo soluciones innovadoras como la desinstitucionalización, la implementación de viviendas alternativas y la creación de figuras clave como los/as facilitadores/as comunitarios/as. Estas estrategias han permitido atender de manera integral y personalizada a un espectro amplio de perfiles, respondiendo a necesidades diversas de manera efectiva y sostenible.

No obstante, la transferibilidad y escalabilidad del modelo requieren abordar barreras estructurales clave. Entre ellas, la rigidez de la cartera de servicios, la falta de interoperabilidad entre sistemas y sectores, y la escasez de personal cualificado en las zonas rurales destacan como retos prioritarios. Superar estas barreras implica cambios normativos, administrativos y culturales que favorezcan la transversalidad en la atención, el trabajo multidisciplinar y la sostenibilidad financiera y operativa de las intervenciones.

El éxito de Biocuidados demuestra que es posible implementar sistemas de cuidado innovadores en contextos rurales, siempre que se cuente con una planificación adecuada, un enfoque centrado en las personas y un apoyo institucional sostenido. La replicabilidad de este modelo no solo requiere el compromiso de los actores implicados, sino también una visión estratégica que priorice la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno, el fortalecimiento del tejido comunitario y la inversión en recursos adaptados a las necesidades del territorio.

En definitiva, Biocuidados no solo ofrece una hoja de ruta para la mejora de los servicios de cuidado en el medio rural, sino que también plantea un cambio paradigmático en la forma de concebir los sistemas de atención, poniendo en el centro a las personas, sus derechos y sus

proyectos de vida. Este enfoque, cuando se integra de manera coherente y sostenible, tiene el potencial de transformar los sistemas de cuidado en España, reduciendo desigualdades y promoviendo la equidad en el acceso a los servicios en todo el territorio.

Bibliografía

Asociación Europea de Proveedores de Servicios para Personas con Discapacidad (EASPD). (2018). *Prestación de servicios de atención y apoyo social en áreas rurales remotas: desafíos y oportunidades*. EASPD. Disponible en https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/5.2_EASPD_Report_-_Provision__of_social_care_and_support_services_in_remote_rural_areas_2018.pdf

Carers UK. (2024). *La atención social en áreas rurales: la perspectiva de un cuidador*. Carers UK. Disponible en https://www.carersuk.org/media/ixvl32sw/social-care-in-rural-areas-a-carer-s-perspective-september-2024.pdf

Comisión Europea. (2021). *Una visión a largo plazo para las áreas rurales de la UE*. Disponible en https://rural-vision.europa.eu/index_en https://www.euripa.org/

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2024). *¿Es asequible la atención para las personas mayores?* OCDE Publishing. Disponible en https://www.oecd.org/en/publications/is-care-affordable-for-older-people_450ea778-en.html

Rural Pact Support Office. (2023). *Seminario web de buenas prácticas: Mejorando el acceso a servicios de salud en áreas rurales*. Rural Pact Community Platform. Disponible en https://ruralpact.rural-vision.europa.eu/events/good-practice-webinar-enhancing-access-health-services-rural-areas_en