



Evaluación final Biocuidados

Informe Global

Septiembre 2024

Índice

1. Introducción.....	3
2. ¿Qué es Biocuidados?	11
2.1 Marco conceptual y principios básicos	11
2.2 Perfiles profesionales.....	15
2.3 Objetivos del programa.....	16
2.3.1 Planificación y Evaluación	18
3. La evaluación de Biocuidados.....	20
3.1 Metodología.....	20
3.1.1 Metodología cualitativa	20
3.1.2 Metodología cuantitativa.....	27
4. Resultados de Biocuidados.....	37
4.1 Evaluación de la implementación de Biocuidados	37
4.1.1 Alcance del proyecto.....	37
4.1.2 Recursos y herramientas.....	53
4.1.3 Actividades.....	69
4.2 Evaluación de los resultados.....	92
4.2.1 Resultados en las personas participantes	92
4.2.2 Resultados en la comunidad	127
4.2.3 Abandonos y bajas	135
4.2.4 Cierre y continuidad	137
5. Conclusiones	141
6. Recomendaciones	145
7. Bibliografía.....	152

1. Introducción

En los últimos cuarenta y cinco años, la población española ha experimentado un notable incremento de más del 35%, pasando de 34 millones de habitantes en 1975 a más de 47 millones en 2021 (INE, 2021). Sin embargo, esta evolución demográfica no ha sido homogénea en todo el territorio nacional. Mientras que las áreas urbanas han absorbido la mayor parte de este crecimiento, atrayendo a nuevas personas residentes gracias a las oportunidades laborales, educativas y culturales, las zonas rurales han seguido una tendencia muy diferente, marcada por la despoblación y el envejecimiento.

Las áreas rurales, que tradicionalmente han sustentado la economía agraria y preservado la cultura local, han experimentado profundas transformaciones demográficas en las últimas décadas. La migración masiva de jóvenes hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades ha dejado a estas áreas en una situación crítica, con una población cada vez más envejecida y en constante disminución. Este proceso no solo ha reducido el número de habitantes, sino que también ha alterado significativamente la estructura demográfica de estas regiones, aumentando el peso relativo de las personas mayores. Según el Consejo Económico y Social (2020), las provincias rurales han experimentado un decrecimiento poblacional sostenido en las últimas décadas, con una pérdida de hasta el 15% de su población en algunas áreas. Este éxodo se ha visto acompañado por un envejecimiento acelerado de la población restante. El porcentaje de personas mayores de 65 años en zonas rurales ha aumentado del 15% en 1990 a más del 27% en 2020 (INE, 2020).

El envejecimiento de la población rural contrasta fuertemente con las áreas urbanas, donde la distribución está más equilibrada entre personas jóvenes y mayores. Esta disparidad tiene repercusiones profundas. En primer lugar, afecta la cohesión social, ya que las comunidades rurales se vuelven más fragmentadas y dependientes. La pérdida de jóvenes y la despoblación no solo debilita la fuerza laboral, sino que también rompe las redes sociales tradicionales que han sostenido a las comunidades rurales durante generaciones. En muchas zonas rurales, las redes familiares y comunitarias juegan un papel crucial en el apoyo a las personas mayores y vulnerables. Sin embargo, la falta de acceso a transporte y la dispersión de las poblaciones en estas áreas complican la participación en actividades sociales, generando mayores probabilidades de aislamiento y desconexión, tal como indica el estudio de De Koning et al.

(2016), que subraya la importancia de la accesibilidad como factor clave para el mantenimiento de las redes sociales de apoyo.

Esta situación es consistente con los hallazgos de Jones et al. (2023), quienes identificaron que, aunque las personas mayores en áreas rurales tienden a tener redes sociales más fuertes, estas redes son cada vez más frágiles debido a la falta de reemplazo generacional y la emigración juvenil. A medida que los jóvenes abandonan estas áreas en busca de mejores oportunidades, las comunidades rurales pierden no solo su fuerza laboral, sino también los vínculos intergeneracionales que tradicionalmente proporcionaban apoyo y cohesión comunitaria.

Las dificultades del entorno rural no solo afectan a las personas mayores que lo habitan. La falta de infraestructura adecuada y de servicios de transporte dificulta la movilidad de todas aquellas personas que desean participar en actividades comunitarias o sociales, haciendo que la soledad y el aislamiento social se conviertan en problemas persistentes y difíciles de abordar.

Un análisis sobre la calidad de vida de adultos mayores en áreas rurales y urbanas (Ward et al., 2020) destaca que la descomposición social y la falta de capital social en las comunidades rurales tienen un efecto adverso significativo en la calidad de vida. La investigación revela que, aunque la cohesión social es más alta en las zonas rurales, la carencia de servicios básicos y la creciente percepción de inseguridad reducen la sensación de autonomía de los/as residentes, aspectos clave para la participación activa y el bienestar. Además, los niveles de decadencia social —definida por indicadores como la falta de infraestructura comunitaria y la desatención del entorno— agravan el sentimiento de aislamiento y frustración, lo que repercute negativamente en la capacidad de quienes residen en estas áreas de involucrarse en la vida social de su comunidad.

En general, la falta de transporte y el deterioro de la infraestructura terminan representando barreras significativas para la participación social, como señala Henning-Smith et al. (2022), quienes enfatizan el rol limitante de estos factores contextuales. La falta de opciones para moverse se convierte en un aspecto crítico que reduce sus oportunidades de mantener vínculos sociales y participar en actividades recreativas y de cuidado de la salud. Esta situación hace que la participación social se vea limitada por las características estructurales del entorno, volviendo a todas las personas cada vez más vulnerables a la exclusión social y a la pérdida de un sentido de pertenencia. Estos factores afectan, por supuesto, a las personas mayores, que están sobrerrepresentadas en el ámbito rural, pero también afectan muy particularmente a otros

colectivos que pueden presentar vulnerabilidades, como personas con discapacidad, personas con problemas de salud mental o jóvenes e infancia con vulnerabilidades. Estos colectivos tienen necesidades de cuidados, apoyos y atención que escasean en el entorno rural y que se ven especialmente afectadas por la falta de comunicación y transporte de estas regiones.

A medida que se debilitan las redes sociales y se reducen las oportunidades de interacción, las comunidades rurales despobladas enfrentan un riesgo mayor de fragmentación y de pérdida de su identidad colectiva. Según Lev-Wiesel (2003), la cohesión comunitaria depende en gran medida de factores como el apoyo social, la solidaridad y el sentido de pertenencia. Cuando estas conexiones se rompen, aumenta la sensación de aislamiento y alienación entre los/as residentes, lo cual afecta tanto su estabilidad emocional como la percepción de pertenencia a un grupo cohesionado.

Este deterioro en la cohesión social también amenaza la continuidad de las tradiciones culturales y del sentido de comunidad que históricamente han definido a estas localidades. Cramm y Nieboer (2015) destacan que, a medida que disminuyen las oportunidades para mantener interacciones significativas y redes de apoyo, el sentimiento de pertenencia se erosiona, lo que a su vez debilita la capacidad de la comunidad para sostener sus prácticas culturales y su identidad compartida. Así, las comunidades rurales se enfrentan no solo a un descenso demográfico, sino también a un vacío cultural y social, que agrava el sentimiento de aislamiento y desvinculación entre los miembros que permanecen, creando un ciclo de exclusión difícil de romper.

Desde una perspectiva económica, la despoblación rural ha tenido efectos profundos y crecientes. La disminución y el envejecimiento de la población han ampliado la brecha en la disponibilidad y calidad de servicios entre áreas rurales y urbanas, afectando directamente el bienestar de todos los residentes rurales. A medida que la demanda de bienes y servicios locales se reduce, negocios y servicios cierran, agravando la falta de oferta económica y dificultando la inversión en infraestructura por parte de los gobiernos locales debido a su limitada capacidad fiscal (Bello Paredes, 2023).

La emigración de jóvenes y la baja natalidad profundizan el envejecimiento demográfico. Las pocas parejas jóvenes que permanecen en estas áreas suelen tener menos hijos debido a la falta de servicios, como escuelas infantiles, lo que ha hecho que la tasa de natalidad rural se sitúe entre las más bajas del país (6 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2020 frente a 9 en

áreas urbanas, según el INE). A pesar del aumento en la esperanza de vida, las áreas rurales enfrentan graves problemas de acceso a servicios de salud y cuidados, afectados por la dispersión geográfica y la escasa infraestructura sanitaria.

En la misma línea, la precarización de los servicios básicos, especialmente en salud y cuidados, intensifica la vulnerabilidad de la población rural, sobre todo, en el caso de las personas mayores. Esta situación reduce la habitabilidad de estas zonas, acelerando la despoblación y alimentando un ciclo vicioso de pérdida de población y servicios. Además, la falta de transporte público empeora el aislamiento de los residentes, dificultando su acceso a servicios esenciales y oportunidades laborales, lo que compromete seriamente su calidad de vida (Camarero y Oliva, 2019).

Los centros de salud en zonas rurales frecuentemente enfrentan limitaciones en su equipamiento y en la disponibilidad de profesionales. Los tiempos de espera para recibir atención pueden ser prolongados, y la falta de servicios de urgencias cercanos en situaciones críticas puede tener consecuencias preocupantes. Según el informe del Banco de España (2021), a nivel general, España está bien posicionada en términos de acceso a la atención primaria, con una media de 3,5 kilómetros para acceder a estos servicios, en comparación con los 4 kilómetros de la media de la UE. Sin embargo, en las zonas rurales de España, la distancia media es de 12,4 kilómetros, frente a los 7 kilómetros en la UE. Además, la atención domiciliaria para personas mayores, personas con problemas de salud o discapacidades es limitada, lo que incrementa la carga sobre las familias, los cuidadores y las comunidades locales.

En el caso de los servicios sociales hay una infradotación como muestra Vicente et al. (2022). La tasa de cobertura de los servicios sociales en España revela una disparidad significativa cuando se analiza en función del tamaño de los municipios. En los municipios rurales más pequeños, especialmente en aquellos con menos de 1.000 habitantes, la infradotación de trabajadoras sociales es particularmente notable, con solo un 2% de trabajadoras frente a un 3% de la población total. Esta tendencia se mantiene en los municipios de hasta 50.000 habitantes, donde la proporción de trabajadoras sociales sigue siendo inferior a la de la población. En contraste, en municipios con más de 100.000 habitantes, la proporción de trabajadoras sociales supera a la población, lo que acentúa aún más la brecha en la cobertura de servicios entre las áreas rurales y urbanas. Este desequilibrio evidencia una asimetría territorial en la distribución de recursos,

afectando especialmente a los colectivos más vulnerables, como las personas mayores o con menos recursos, quienes tienen un acceso limitado a programas de asistencia social.

El déficit en la cobertura de servicios también se refleja en la falta de instalaciones adecuadas para la atención de personas en situación de vulnerabilidad como residencias y centros de día, que son escasos en el entorno rural (OCDE, 2017; Quezada y Huete, 2017). Un ejemplo evidente es la falta de plazas en residencias geriátricas, donde en muchas comunidades autónomas la cobertura es considerablemente inferior a la media de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, según la OCDE (2017). Otro ejemplo es la población con discapacidad en el medio rural, quienes tienen un 12% más de necesidades de apoyo no cubiertas que en el medio urbano, lo que la hace más desasistida (Quezada y Huete, 2017). Esta insuficiencia genera largas listas de espera y deja a muchas personas sin acceso a unos cuidados adecuados, con una dependencia exacerbada de sus familias o la alternativa del traslado a áreas urbanas para recibir los cuidados que necesitan, lo que puede llevar a un desarraigo y a una pérdida de conexiones sociales importantes.

Estas carencias mencionadas obligan a las familias, y principalmente a las mujeres, a asumir la mayor parte de las responsabilidades de cuidado. Esta situación, conocida como la feminización de los cuidados, describe cómo las mujeres en las zonas rurales se ven mayoritariamente encargadas de proporcionar atención a personas mayores, dependientes o con discapacidades, lo que perpetúa una carga desproporcionada sobre ellas.

El apoyo informal es, en muchos casos, la única opción disponible para las personas mayores o dependientes en estos entornos. Según Yanguas Lezaun et al. (2000), casi tres cuartas partes de los cuidados en España es asumido por familiares, y de ese porcentaje, el 8 de cada 10 de las personas cuidadoras son mujeres. Esta situación se agrava en el medio rural por la falta de servicios especializados, y la sobrecarga recae principalmente en las mujeres, generando un círculo de precariedad del cuidado. Además, la pandemia del COVID-19 exacerbó aún más esta situación. Según el informe sobre el impacto de la pandemia en las mujeres rurales (Hernández Bonilla et al., 2020), la crisis sanitaria incrementó notablemente las responsabilidades de cuidado no remunerado, debido al cierre o suspensión de muchos servicios de apoyo formal. Este hecho llevó a que las mujeres rurales asumieran aún más tareas de cuidado, lo que redujo drásticamente su participación en el mercado laboral, contribuyendo a una mayor vulnerabilidad económica y social.

Con todo, la feminización de los cuidados no solo genera carga física, sino que también perjudica la salud mental y emocional de las mujeres cuidadoras. Según Martín Gómez y Rivera Navarro (2018), estas mujeres, pertenecientes a la "generación soporte" (nacidas entre 1958 y 1977), asumen los cuidados de familiares mayores a la vez que gestionan sus propias necesidades y las de sus hogares. Este fenómeno, especialmente presente en las áreas rurales, genera altos niveles de estrés y deterioro de la salud. La falta de reconocimiento y de apoyo formal para el cuidado de personas dependientes perpetúa esta situación, limitando sus oportunidades de desarrollo personal y profesional.

Sin embargo, cuando el cuidado informal resulta insuficiente o insostenible, surge la institucionalización como una segunda respuesta inevitable, especialmente en aquellos entornos donde las opciones de atención domiciliaria o centros de día son limitadas o inexistentes. Si bien la institucionalización ha sido la solución más común para el cuidado de personas vulnerables, particularmente mayores o dependientes, este modelo no está exento de críticas. En primer lugar, suele estar asociada a una menor calidad de vida, con consecuencias como un deterioro en la salud, mayor incidencia de depresión y ansiedad, y una reducción en la intensidad de las relaciones sociales (Fundación la Caixa, 2021). En segundo lugar, el ingreso en una institución conlleva la pérdida de la vida en comunidad, generando aislamiento, pérdida de autonomía, privacidad y un proceso de despersonalización.

El enfoque ético-cultural de muchos modelos de cuidado en instituciones a menudo se basa en un enfoque asistencialista y paternalista, que puede limitar la autodeterminación de las personas usuarias. Este enfoque, aunque centrado en la protección y seguridad de las personas vulnerables, puede, en algunos casos, reducir su independencia, autosuficiencia y capacidad de decisión. En situaciones de vulnerabilidad, como en el caso de personas mayores, personas con discapacidad, la infancia o personas sin hogar, los cuidados brindados suelen estar orientados a cubrir sus necesidades básicas desde una perspectiva de protección, lo que, aunque bienintencionado, puede generar una visión más limitada de su participación activa en la vida comunitaria. Es importante encontrar un equilibrio entre garantizar la seguridad y promover la dignidad, la voluntad y los derechos de las personas usuarias, reconociendo su capacidad para tomar decisiones sobre sus propios cuidados.

La institucionalización está asociada a diversos factores de vulnerabilidad que impactan tanto a nivel personal como social. Estos factores suelen estar vinculados a la pérdida de autonomía, la

desconexión social y la dependencia de los recursos institucionales, lo que aumenta la vulnerabilidad de las personas afectadas (Fundación la Caixa, 2021). La pérdida de autonomía limita la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su vida cotidiana, lo que genera una dependencia de los cuidados institucionales. Este control reducido sobre la propia vida es un elemento clave que intensifica su situación de vulnerabilidad. Asimismo, la desconexión social, manifestada en el aislamiento y la falta de redes de apoyo, es un factor relevante. La institucionalización puede debilitar o romper los vínculos que las personas mantenían en su entorno comunitario, aumentando el riesgo de soledad y exclusión. La dependencia de los recursos institucionales también desempeña un papel crucial en esta vulnerabilidad. Las personas institucionalizadas dependen casi exclusivamente de los servicios proporcionados por las instituciones, lo que puede restringir su capacidad para acceder a otros apoyos externos. Esta dependencia se agrava si los servicios ofrecidos no son adecuados o si su disponibilidad cambia, creando una sensación de desamparo. Finalmente, la estigmatización asociada a la institucionalización es un factor significativo. Este estigma puede afectar la autoestima y la percepción de valor personal de las personas, dificultando su reintegración social y participación en la comunidad tras la desinstitucionalización. En consecuencia, este modelo ha sido objeto de creciente cuestionamiento debido a sus principios y formas.

En este sentido, el Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, titulado "Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión", es fundamental, especialmente a través de su reforma C22.R1. Esta reforma no solo cuestiona el modelo tradicional de institucionalización, sino que también busca mejorar el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), mediante la simplificación de procedimientos y la reducción de listas de espera, además de reforzar la calidad de los servicios y las condiciones laborales de los profesionales del sector. Uno de los objetivos clave es promover una Estrategia Nacional de Desinstitucionalización, orientada a reducir la dependencia de las instituciones y fomentar la implantación de un modelo de Atención Integral Centrada en la Persona. Esta reforma representa un avance crucial hacia la adopción de modelos de cuidado que responden efectivamente a las necesidades actuales. Promueve un enfoque más inclusivo y respetuoso de los derechos humanos, priorizando la autonomía y el bienestar de las personas.

En paralelo, se ha observado la proliferación de iniciativas orientadas a la prevención de la institucionalización, como los Centros de Día. Estos equipamientos no residenciales, dirigidos

principalmente a personas mayores, están diseñados para ofrecer atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora en régimen diurno, con el objetivo de prevenir o compensar la pérdida de autonomía. En términos generales, al proporcionar atención sociosanitaria y apoyo tanto a las personas usuarias como a sus familiares, juegan un rol clave en retrasar la institucionalización, facilitando que las personas puedan permanecer en su entorno habitual por más tiempo, lo que refuerza su conexión con la comunidad y mejora su calidad de vida.

En este contexto, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha impulsado una serie de 20 proyectos piloto que buscan abordar los retos de la desinstitucionalización para distintos grupos de población, como personas con discapacidad, en situación de sinhogarismo, menores de edad, jóvenes y personas mayores. Estos proyectos se enfocan en la transición de un modelo de cuidados institucionalizados hacia otro basado en los derechos humanos, desde un enfoque de desarrollo comunitario y centrado en el proyecto de vida de cada persona. Entre estas iniciativas, destaca la Plataforma VIDAS, un ecosistema de innovación que reúne a los proyectos piloto y otros agentes implicados, promoviendo un proceso de aprendizaje colectivo para la creación de un nuevo modelo de cuidados y servicios integrados en la comunidad, centrados en la persona.

Uno de los ejemplos más significativos dentro de este ecosistema es el proyecto de Biocuidados, liderado por la Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) y sus 18 Centros de Desarrollo Rural (CDR), que tiene como objetivo evitar la institucionalización innecesaria y fomentar la permanencia de las personas en sus comunidades. En este informe se presenta la evaluación de implementación y resultados de este proyecto piloto, que tiene el objetivo de identificar los aprendizajes, dificultades y oportunidades de mejora para identificar un modelo escalable de cuidados en el entorno rural.

2. ¿Qué es Biocuidados?

2.1 Marco conceptual y principios básicos

Como se ha dicho anteriormente, el modelo de cuidado tradicional, basado en una cultura institucional se aleja de los principios de derechos humanos al imponer un acceso genérico y no individualizado a los servicios, promoviendo la segmentación por colectivos y la exclusión social (Alcaraz et al.). En este sistema, las personas son vistas como objetos pasivos de cuidado, más que como sujetos activos de derechos, y la atención que reciben se basa en una lógica de protección paternalista, rígida y despersonalizada más que en la promoción de su autonomía y dignidad. La cultura del cuidado institucional tradicional asume estos tipos de cuidado, exacerbando la discriminación estructural hacia grupos vulnerables, mediante el aislamiento de estas personas del resto de la comunidad.

En contraste, el modelo propuesto por el proyecto de Biocuidados promueve la desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización y está fundamentado en un enfoque de derechos humanos. Este innovador modelo aboga por un cuidado personalizado, que respete la dignidad y la autonomía de cada individuo, y se opone a la cultura institucional que deshumaniza y aísla a las personas. En lugar de ver a las personas como pasivos receptores de asistencia, el modelo de Biocuidados aboga por su empoderamiento, asegurando que puedan vivir en sus propios hogares o en entornos comunitarios con el apoyo necesario.

Este enfoque cobra especial relevancia en el contexto rural, donde las limitaciones en cuanto a servicios de cuidado son más pronunciadas debido a la dispersión geográfica, la falta de infraestructura y los recursos limitados. Estas áreas enfrentan una carencia estructural de servicios básicos que lleva, en muchos casos, a que la institucionalización sea la única alternativa viable para las personas vulnerables, además del cuidado familiar, usualmente femenino.

Biocuidados, sin embargo, rompe con esta dinámica al ofrecer soluciones que permiten a las personas continuar viviendo en sus propios hogares o comunidades, con un enfoque que reconoce el valor de la vida en comunidad en el entorno rural. El proyecto promueve la creación de apoyos personalizados y servicios de proximidad que puedan ser adaptados a las características y necesidades de los municipios rurales, donde el acceso a cuidados formales es

limitado. Este enfoque evita la desconexión social que muchas personas experimentan al ser institucionalizadas, fomentando en su lugar la permanencia en el entorno comunitario.

La desinstitucionalización promovida por Biocuidados no se limita simplemente a sacar a las personas de las instituciones, sino que propone una transición gradual hacia nuevos sistemas de apoyo que respeten las preferencias individuales y la autonomía de cada persona. Este proceso requiere la coexistencia temporal de recursos tradicionales y nuevos modelos de cuidado más adaptados a las características de los entornos rurales, donde la proximidad y la cohesión comunitaria juegan un papel central en el bienestar de las personas. Si bien esta transición puede generar ciertos desajustes y costes adicionales durante el período de adaptación, el objetivo es claro: reducir la dependencia de estructuras formales que a menudo limitan la autonomía, favoreciendo en su lugar modelos que permitan a las personas vivir de forma independiente en sus comunidades.

El contexto rural añade un nivel de complejidad al proceso de prevención de la institucionalización, ya que la falta de servicios locales suficientes puede empujar a las personas vulnerables hacia instituciones alejadas de su comunidad. Biocuidados se enfoca en la creación de servicios de proximidad y apoyos adaptados que mantengan a las personas integradas en sus comunidades rurales, evitando la necesidad de recurrir a soluciones que las alejan de su entorno habitual. Este enfoque de prevención se basa en la detección temprana de los factores de vulnerabilidad y en la provisión de apoyos personalizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada persona en su entorno rural, asegurando que puedan seguir participando en la vida comunitaria.

Un aspecto distintivo de Biocuidados en el entorno rural es su capacidad de atender a una amplia diversidad de perfiles, desde personas mayores hasta aquellas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad, lo que le otorga una transversalidad que responde a las necesidades de comunidades rurales diversas y dispersas. Esta transversalidad permite ofrecer soluciones personalizadas a las especificidades del mundo rural, donde el acceso a cuidados formales suele estar concentrado en áreas urbanas y la cohesión comunitaria se convierte en un pilar fundamental para el bienestar.

El modelo de Biocuidados implica un modelo de intervención puntual, pero flexible definido por la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Esta perspectiva se basa en el reconocimiento de que cada persona es única y tiene diferentes intereses, necesidades y sueños.

Este enfoque promueve la singularidad y la individualización como valores centrales de la intervención, y se enfoca en conocer a la persona desde su propia perspectiva, respetando sus preferencias, valores y deseos. El objetivo principal es fomentar la autonomía e independencia de la persona, considerando la multidimensionalidad y personalización como pilares fundamentales. La AICP es un método que se puede entender desde tres perspectivas: como enfoque, como modelos conceptuales y como metodología de intervención. Cada una de estas perspectivas resalta diferentes aspectos del AICP.

- [El enfoque de la AICP](#)

La AICP se basa en una serie de principios y valores que guían cómo se debe brindar la atención a las personas (O'Brien, 1987; D'Angelo, 2002; Martínez, 2013). La dignificación de la persona establece que todas las personas, independientemente de su edad, condición cognitiva, discapacidad o dependencia, deben ser tratadas con dignidad y respeto, y tener igualdad de derechos y oportunidades. Este principio afirma que cada individuo tiene el derecho a desarrollar su proyecto vital con respeto.

Asimismo, se subraya la importancia de considerar el entorno social e histórico de cada persona para comprender su situación actual y apoyar su desarrollo futuro. La atención debe tener en cuenta tanto el pasado como el presente para planificar un futuro adecuado. La singularidad biográfica reconoce que cada persona es única debido a su biografía y experiencias personales. La atención debe ser personalizada para reflejar esta singularidad, aunque las personas puedan seguir trayectorias similares o compartidas.

El protagonismo y la autodeterminación afirman que las personas tienen derecho a ser protagonistas de sus propias vidas y a tomar decisiones sobre su futuro. La intervención debe enfocarse en respetar y potenciar sus decisiones, facilitando una igualdad en las relaciones de poder y actuando como acompañantes en su proceso de desarrollo vital.

La AICP valora el impacto de las relaciones y redes en la toma de decisiones y en el logro de objetivos personales, dándole especial relevancia a las redes de apoyo que significan que las interacciones sociales, familiares y comunitarias.

Finalmente, la multidimensionalidad y cambio reconocen que las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios, lo que requiere apoyos diversos y adaptativos. La

atención debe ser integral, coordinada y flexible para ajustarse a las distintas situaciones de las personas.

- [La metodología de Intervención de la AICP](#)

En la práctica, la AICP se basa en dos elementos clave: la promoción de la autonomía y la reducción de la heteronomía. La promoción de la autonomía 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. Por otro lado, la reducción de la heteronomía 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.

- [La AICP como modelo conceptual](#)

Además de los principios y metodologías, la AICP también se conceptualiza a través de modelos que estructuran cómo se debe aplicar el enfoque en diferentes contextos y situaciones. Estos modelos proporcionan marcos teóricos y prácticos para implementar la atención centrada en la persona de manera efectiva.

Este método centra su atención en **tres formas de desarrollar dichos proyectos**:

- El **trabajo transversal** en la AICP implica la coordinación y colaboración entre diferentes sectores y recursos disponibles en la comunidad. Se busca articular una respuesta integral a problemáticas complejas, promoviendo la comunicación y el trabajo conjunto entre diversos agentes y administraciones. Este enfoque facilita la integración de recursos técnicos y comunitarios para ofrecer un apoyo más completo y efectivo a la persona.
- El **trabajo horizontal** en la AICP se refiere a la igualdad en las relaciones de poder entre la persona y los profesionales que la acompañan en su proceso. En este modelo, se coloca a la persona en el centro del proceso de atención, dándole el protagonismo y control sobre las decisiones que afectan su vida. El papel de los profesionales es facilitar el diálogo y respetar las decisiones de la persona, promoviendo así su autodeterminación.

- La **activación comunitaria** dentro del enfoque de AICP se define como una intervención social que busca desarrollar las capacidades individuales dentro de su entorno, utilizando y potenciando los recursos existentes en la comunidad. Además, promueve la participación activa de las personas que requieren apoyo en actividades culturales, artísticas, deportivas, entre otras. La intervención comunitaria identifica tres actores claves: las administraciones (especialmente locales), la ciudadanía y los recursos técnicos y profesionales, con el objetivo de integrar a la persona en su entorno comunitario de manera efectiva y digna.

En el contexto rural, la intervención debe adaptarse a las características específicas de estas áreas, que pueden variar en demografía, economía, relaciones sociales e identidad colectiva. Es esencial identificar apoyos significativos en la comunidad, como la familia, redes vecinales, voluntariado y organizaciones civiles, y seleccionar conjuntamente los recursos comunitarios que beneficien a la persona.

El objetivo general es facilitar una existencia autónoma en el entorno habitual mientras sea deseado y posible, garantizando un trato digno en los ámbitos personal, familiar y social, y fomentando la participación activa en la vida comunitaria, evitando por tanto la institucionalización y sus posibles consecuencias.

2.2 Perfiles profesionales

En el marco del proyecto Biocuidados, se han definido tres perfiles profesionales clave para la implementación de los cuidados y la atención en los entornos rurales: Gestor del Plan de Vida, Profesional de Referencia y Conector o Facilitador Comunitario. Estos perfiles son fundamentales para garantizar un enfoque de atención centrado en la persona con enfoque comunitario, que promueva la autonomía y la inclusión social, a la vez que se adapta a las particularidades del medio rural.

- **Gestor/a del Plan de Vida.** Se encarga de coordinar y gestionar el proyecto de vida de la persona participante. Su rol es fundamental, ya que trabaja directamente con la persona y su entorno para identificar sus necesidades, diseñar un plan personalizado de cuidados y asegurar que todos los recursos necesarios estén disponibles. Es responsable de evaluar y ajustar continuamente el plan, asegurándose de que esté

alineado con las preferencias y el bienestar de la persona, poniendo un especial énfasis en su autonomía y dignidad.

- **Profesional de Referencia.** Mantiene un contacto directo y constante con las personas participantes, asegurando que reciban los cuidados y apoyos necesarios y personalizados según sus necesidades. Su trabajo es clave para que las personas participantes avancen en su autonomía y bienestar, ya que coordina los esfuerzos para que los objetivos marcados en el plan se cumplan de manera eficaz. Además de ofrecer cuidados prácticos, este rol se centra en empoderar a las personas, fomentando su participación activa en la toma de decisiones y en el seguimiento de su progreso dentro del plan de vida, asegurando una atención coherente y ajustada a las necesidades particulares.
- **Conector/a o Facilitador/a Comunitario/a.** Su función principal es la de promover y animar a la participación comunitaria en los entornos donde actúa, fortaleciendo los vínculos sociales e impulsando la inclusión social. En áreas rurales, donde el aislamiento puede ser un reto, el/la Conector/a Comunitario/a utiliza diversas estrategias para fomentar la interacción entre la comunidad, como la organización de clases, talleres o actividades que inviten a las personas a encontrarse y generar vínculos. Además, colabora en la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad y facilita el acceso a recursos locales, promoviendo relaciones de apoyo mutuo que refuercen la cohesión comunitaria.

En los territorios rurales, donde las necesidades son múltiples y las comunidades a menudo presentan carencias estructurales, uno de los aspectos más valorados en este modelo es la **transversalidad y la interdisciplinariedad de los perfiles profesionales**. En lugar de adoptar roles estrictamente definidos, el enfoque es flexible y colaborativo, donde cada profesional tiene la capacidad de desempeñar diversas funciones en beneficio de la persona atendida. Aunque existan especializaciones, se fomenta que todos los profesionales estén formados y capacitados para abordar diferentes aspectos de las necesidades.

2.3 Objetivos del programa

En este contexto, la **Confederación de Centros de Desarrollo Rural –COCEDER–** tiene el objetivo de promover el desarrollo social, evitando que el colectivo de personas que viven en el medio rural quede excluido y asegurando niveles suficientes de bienestar y el acceso a los

derechos sociales de todos sus habitantes. COCEDER agrupa actualmente a **22 Centros de Desarrollo Rural y una Federación**, extendiéndose a lo largo de nueve comunidades autónomas en España.

Los CDR son entidades orientadas a promover el desarrollo integral de las zonas rurales y mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Su principal misión es evitar la exclusión social de las personas que viven en estas áreas, facilitando el acceso a los derechos sociales y asegurando niveles adecuados de bienestar en comunidades a menudo afectadas por la despoblación, la falta de servicios y el aislamiento geográfico. Actúan como un punto de unión entre las personas y las instituciones, sirviendo de puente para acercar servicios que, en las áreas urbanas, suelen estar más accesibles pero que en las zonas rurales son escasos o inexistentes. Entre los servicios que proporcionan se incluyen:

- **Apoyo social y personal.** Programas destinados a ayudar a personas en situación de vulnerabilidad, como personas mayores, personas con discapacidad, jóvenes en riesgo de exclusión y familias con dificultades económicas o sociales.
- **Formación y empleo.** Proyectos de formación y capacitación laboral para mejorar las oportunidades de empleo de los habitantes de las zonas rurales.
- **Servicios de cuidado y atención a la dependencia.** Servicios para la atención a personas mayores, a menudo organizando programas de atención domiciliaria o centros de día, para apoyar tanto a las personas dependientes como a sus cuidadores.
- **Desarrollo comunitario.** Fomento de la cohesión social en el medio rural, promoviendo la participación de los habitantes en la vida comunitaria a través de actividades culturales, educativas y recreativas.
- **Fomento del arraigo en el territorio.** Uno de los objetivos clave de los CDR es frenar la despoblación rural, para ello, se promueve el desarrollo sostenible de las áreas rurales, con proyectos que favorecen el emprendimiento local, la creación de servicios y la mejora de infraestructuras, incentivando que las personas permanezcan o vuelvan al entorno rural.

Cada CDR funciona de manera autónoma, pero dentro de una lógica solidaria y de colaboración, lo que les permite compartir experiencias, recursos y metodologías. Al operar bajo una misma confederación, pueden abordar los problemas rurales desde una perspectiva integral y coordinada, generando un impacto más amplio en términos de desarrollo y bienestar.

En 2022, se diseñó el programa de Biocuidados dentro del marco de proyectos de innovación social en materia de prevención de la institucionalización, desinstitucionalización y desarrollo de servicios de apoyo comunitario en el ámbito de los cuidados de larga duración, vinculados con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Next Generation). El programa nace con el propósito de analizar las necesidades y los proyectos de vida de cada una de las personas en situación de desventaja social y articular modelos de apoyo experimentales, basados en los recursos de la comunidad rural para desarrollar servicios centrados en la persona, potenciando su autonomía personal y evitando la institucionalización a partir del equilibrio y la innovación. Así, el proyecto tiene como objetivos:

- Impulsar el desarrollo de los proyectos de vida de personas en situación de desventaja y/o vulnerabilidad,
- Personalizar la atención con flexibilidad y adaptabilidad,
- Poner en valor la comunidad,
- Originar cuidados y apoyos de calidad basados en el entorno cercano,
- Permanecer en el territorio rural facilitando la vinculación con él.

2.3.1 Planificación y Evaluación

El proyecto Biocuidados fue concebido desde el principio con una estructura claramente planificada y organizada en varias fases que aseguraban un enfoque integral y coherente. Estas fases han marcado el desarrollo del proyecto y han permitido desarrollar un enfoque colaborativo entre los distintos CDR y COCEDER, garantizando la eficacia del modelo en su implementación y evaluación.

El cronograma inicial del proyecto establecía cuatro etapas principales, las cuales han sido fundamentales para su desarrollo:

1. **Diseño y planificación.** En esta primera fase, el proyecto se centró en definir el marco conceptual y operativo de Biocuidados. Esto incluyó la identificación de los recursos disponibles en cada una de las áreas rurales en las que operaban los diferentes CDR, así como el diseño de las herramientas que se utilizarían para implementar y evaluar el proyecto. Estas herramientas han permitido recoger información desde la perspectiva de las personas participantes, pero también de los equipos profesionales que están detrás de la implementación. A través de este enfoque, se logra una comprensión más profunda

del funcionamiento del proyecto. Esta etapa sentó las bases metodológicas, asegurando que las acciones que se implementaran posteriormente estuvieran alineadas con los principios del proyecto: la atención integral centrada en la persona y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios.

2. **Implementación.** Tras la fase de diseño, comenzó la implementación de la metodología. Aquí se incluyó la captación de las personas participantes, un paso esencial para identificar a aquellos individuos en situación de vulnerabilidad que podrían beneficiarse de los servicios ofrecidos por Biocuidados. A partir de la captación, se desplegaron los servicios y herramientas diseñadas para ofrecer una atención basada en los principios de la AICP. En este contexto, los CDR asumieron la responsabilidad de implementar el programa en el terreno, mientras que COCEDER coordinaba y centralizaba la información para garantizar la coherencia metodológica en todo el territorio.
3. **Evaluación.** La evaluación no fue concebida como un elemento aislado o posterior, sino que fue incluida desde el diseño mismo del proyecto, lo que constituye un gran acierto del Biocuidados. Este enfoque permitió un seguimiento continuo y detallado de cada etapa de implementación. La importancia de contar con una evaluación integrada desde el inicio radica en la posibilidad de obtener datos precisos y relevantes.
4. **Elaboración de propuestas y escalabilidad.** Basándose en las conclusiones de la evaluación, se desarrollan propuestas orientadas a contribuir al diseño de políticas públicas que favorezcan la prevención de la institucionalización y promuevan la desinstitucionalización en el medio rural, garantizando la escalabilidad y continuidad del proyecto.

El cronograma inicial del proyecto preveía la ejecución de estas fases de manera secuencial. Sin embargo, algunos aspectos, como el diseño y la planificación, experimentaron retrasos debido a la complejidad inherente al contexto rural y la diversidad de los territorios implicados. Esto afectó ligeramente la captación de participantes y la puesta en marcha de algunas herramientas, pero las dificultades se gestionaron adecuadamente gracias a la flexibilidad y capacidad de adaptación tanto de los CDR como de COCEDER.

La colaboración entre los CDR y COCEDER fue esencial para la implementación del proyecto. Los CDR, con su conocimiento profundo de las dinámicas locales, asumieron la responsabilidad de ejecutar las acciones sobre el terreno. Gracias a su cercanía a las comunidades, fueron capaces de adaptar el proyecto a las necesidades específicas de cada territorio, asegurando que

los servicios ofrecidos fueran relevantes y efectivos. Cada CDR actuaba de manera autónoma, gestionando la captación de participantes y ejecutando las intervenciones diarias, lo que permitió un enfoque verdaderamente local y centrado en las personas. Por su parte, COCEDER desempeñó un papel importante de coordinación y centralización de la información generada por los CDR. Esta estructura permitió que el proyecto mantuviera una coherencia metodológica a nivel nacional, asegurando que los estándares y principios del proyecto se cumplieran de manera uniforme en todo el territorio.

3. La evaluación de Biocuidados

Este informe se centra en desplegar los resultados y conclusiones de la evaluación de implementación y resultados del proyecto Biocuidados a lo largo de su duración. Así, a continuación, se explicita la metodología utilizada para, después, exponer los principales resultados de la evaluación.

3.1 Metodología

3.1.1 Metodología cualitativa

La metodología cualitativa empleada en este estudio tiene como objetivo principal recoger y analizar en profundidad las experiencias, valoraciones y percepciones de los distintos actores involucrados en el proyecto Biocuidados. A través de herramientas cualitativas, se ha buscado captar el impacto del programa tanto en las personas participantes como en las profesionales y en la comunidad. Para ello, se definieron una serie de objetivos específicos que guiaron el uso de técnicas como los grupos de discusión y la observación directa, con un enfoque en la evaluación integral de los efectos del proyecto, su desarrollo y funcionamiento, con foco en los abandonos voluntarios. Estos objetivos son los siguientes:

- Recoger las percepciones sobre los **efectos del proyecto** en las vidas de las personas participantes.
- Evaluar el proceso de implementación del proyecto identificando **aprendizajes, dificultades y oportunidades de mejora**.
- Analizar el impacto del proyecto en el **tejido comunitario**.
- Explorar las estrategias implementadas durante la fase de **cierre del proyecto** para garantizar su continuidad y/o escalabilidad.

Instrumentos

Para alcanzar estos objetivos, se emplearon dos herramientas principales: los **grupos de discusión** y la **observación directa**.

Grupos de discusión

Los grupos de discusión son una de las principales herramientas cualitativas empleadas en el programa Biocuidados para recoger información sobre la percepción, experiencias y valoraciones tanto de las personas profesionales y las personas de la comunidad que participa en el proyecto como de las personas participantes. Este tipo de metodología permite fomentar una conversación colectiva en la que se discuten diversos aspectos del programa, proporcionando una visión profunda sobre los efectos, el funcionamiento y las áreas de mejora. En el marco de Biocuidados, se han realizado dos tipos de grupos de discusión: **con personas profesionales de CDR, y otras personas profesionales y de la red secundaria, por un lado, y con personas participantes, por otro**.

Los guiones originales fueron desarrollados por la Universidad de Vigo y la Universidad de León, aunque fueron adaptados a medida que se desarrollaba el proyecto. En todos los casos, las entrevistas fueron realizadas simultáneamente por dos personas del equipo evaluador para garantizar tanto el cumplimiento del guion como la fluidez de la conversación. En cada grupo, se adoptó un enfoque semiestructurado, adaptando el guion según las respuestas proporcionadas por las personas participantes de las entrevistas. A continuación, se describe en detalle cada uno de estos grupos y los temas abordados.

- **Profesionales del CDR, otros profesionales y red secundaria**

Los grupos de discusión con personas profesionales del CDR y otros agentes externos vinculados a Biocuidados se utilizan para recoger las experiencias y opiniones de los profesionales que han estado involucrados en el proyecto, así como de aquellos que han colaborado desde fuera del programa. El objetivo de estos grupos es obtener una valoración integral sobre la implementación y los efectos del programa, desde la perspectiva de quienes han trabajado en contacto con las personas participantes o con la comunidad.

Este grupo está formado por profesionales de Biocuidados (gestor del proyecto, gestora de plan de vida, profesional de referencia y facilitadoras comunitarias) y otros agentes externos clave de

la comunidad que han colaborado en las acciones del proyecto. Durante la sesión, se exploran diversas temáticas relacionadas con la implementación, los efectos percibidos en la comunidad, y los aprendizajes que han surgido a lo largo del desarrollo del programa. La conversación se estructura a través de bloques específicos que guían la discusión:

1. **Presentación.** Se introduce el grupo con una breve presentación, confirmando la participación y la grabación de la sesión y se pide a las personas que describan su relación con Biocuidados y el número de personas y colectivos que atienden en su territorio.
2. **Efectos percibidos de la atención.** Las personas participantes en el grupo de discusión comparten los cambios observados en las personas participantes en el programa desde su inclusión en Biocuidados, incluyendo la integración en la comunidad rural y los recursos comunitarios activados como resultado del programa. Se indaga también en las diferencias de género, dado que la mayoría de las personas atendidas son mujeres.
3. **Valoración del proceso de atención.** Las personas profesionales evalúan cómo el proyecto ha respondido a las necesidades de las personas atendidas, destacando los recursos más relevantes, las dificultades encontradas y los aprendizajes adquiridos. También se exploran posibles quejas y sugerencias recibidas.
4. **Análisis del desarrollo y funcionamiento del proyecto.** Se realiza una revisión general del desarrollo del proyecto, incluyendo la comunicación entre las personas profesionales y los aspectos positivos y negativos que se han identificado. Se pide sugerencias sobre mejoras para el programa y se analiza el impacto de Biocuidados en los otros proyectos implementados en el CDR.
5. **Reflexión sobre la evaluación intermedia y la finalización.** En este bloque se analizan los resultados de la evaluación intermedia y se discuten los cambios y adaptaciones introducidos en el programa. Además, se habla sobre la percepción de los profesionales en relación con el fin del proyecto y qué aspectos creen que continuarán una vez finalizado.

- **Personas participantes**

Los grupos de discusión con personas participantes están diseñados para recoger las experiencias, opiniones y valoraciones de quienes han recibido atención a través del proyecto. El objetivo es conocer de primera mano cómo Biocuidados ha impactado en sus vidas, qué

cambios han experimentado y qué percepción tienen sobre el proceso de atención y su integración en la comunidad rural.

Estos grupos están compuestos exclusivamente por personas participantes de Biocuidados, y en algunos casos, dependiendo del perfil de los participantes (como menores de edad o personas con discapacidades severas), se puede recurrir a personas de referencia como familiares o tutores/as. La conversación se estructura en bloques que permiten abordar diferentes dimensiones de la experiencia de las personas participantes en el programa:

1. **Presentación.** La sesión comienza con la presentación del grupo, confirmando la participación y grabación de la discusión. Se pregunta a los participantes cómo y desde cuándo están involucrados en Biocuidados.
2. **Efectos percibidos de la atención.** Las personas participantes comparten las razones que las llevaron a unirse al programa y describen los cambios que han notado en sus vidas desde su participación en Biocuidados. También se exploran los cambios en su vinculación con la comunidad rural y las transformaciones observadas en el territorio a partir del programa.
3. **Valoración del proceso de atención.** Se pide a las personas participantes que evalúen si el proyecto ha logrado adaptarse a sus necesidades y si han enfrentado dificultades durante el proceso de atención. Además, se recoge su valoración global del proyecto y de la atención recibida.
4. **Análisis del desarrollo y funcionamiento del proyecto.** En este bloque, las personas participantes comentan los aspectos positivos y negativos del programa, ofreciendo sugerencias sobre cómo mejorar el desarrollo y funcionamiento de Biocuidados en el futuro.

Observaciones directas

La observación directa se utilizó principalmente en aquellos casos donde la comunicación verbal con las personas participantes era más complicada, como cuando se trataba de personas menores de edad, personas con discapacidades cognitivas importantes o personas de edad avanzada con dificultades para participar en discusiones grupales. El objetivo principal de la observación directa es entender cómo se llevan a cabo las actividades del programa Biocuidados en tiempo real, evaluando la interacción de las personas participantes, las profesionales y los agentes comunitarios en un contexto no intrusivo. Este enfoque permite identificar elementos

clave del funcionamiento del proyecto, la implementación de los principios de la AICP, y las posibles vías para garantizar la sostenibilidad de las actividades más allá del programa. El esquema empleado para las observaciones directas se centra en varios aspectos clave de la actividad o servicio observado en los que el equipo evaluador pone el foco y toma notas mientras se realiza la observación:

- [Objetivo de la actividad/servicio.](#)
- [Participantes.](#)
- [Liderazgo de la actividad.](#)
- [Colaboración con socios comunitarios.](#)
- [Atención Integral Centrada en la Persona \(AICP\).](#)
- [Sostenibilidad.](#)

El proceso de recolección de información cualitativa se desarrolló durante un periodo de tres meses, en los que se llevaron a cabo 18 grupos de discusión y cinco observaciones directas en distintos CDR. Los grupos de discusión se realizaron entre abril y junio de 2024, y contaron con la participación de entre 4 y 10 personas cada uno¹.

Paralelamente, las observaciones directas se realizaron en el mismo periodo, enfocándose en actividades clave del programa Biocuidados. El tipo de actividades varió entre centro de actividades de socialización comunitaria, actividades intergeneracionales y centro de actividades de días y rehabilitación para personas mayores.

[Análisis](#)

En el análisis cualitativo se empleó un enfoque de codificación que permitió organizar de manera estructurada la información obtenida en los grupos de discusión y las observaciones directas. El análisis se centró en identificar patrones y tendencias clave dentro de las respuestas de las personas profesionales y las personas participantes del programa. A continuación, se presenta una descripción de las categorías generadas para el análisis.

¹ Uno de los encuentros se realizó previamente, en octubre de 2023, porque el proyecto de Puertas Abiertas tenía previsto finalizar antes que el resto, a fines de 2023, aunque luego siguió en pie hasta fines de 2024. También se realizó una evaluación intermedia por la que se realizó este mismo ejercicio entre junio y julio de 2023.

Tabla 1. Categorías de clasificación de las transcripciones de los grupos de discusión

Categoría grupal	Código de codificación	Objetivo del código
Efectos percibidos	Mejoras físicas	Evaluar los cambios positivos en la salud física de las personas participantes, como mayor movilidad o mejor gestión de condiciones crónicas.
	Mejoras emocionales	Analizar las mejoras en el bienestar emocional, incluyendo el estado de ánimo y estabilidad emocional.
	Mejoras relacionales	Examinar el fortalecimiento de las relaciones interpersonales de las personas participantes con familiares, amigos y comunidad.
	Integración a la comunidad	Medir el grado de participación y conexión de las personas participantes con la vida comunitaria y su integración en actividades locales.
Actividades	Individual asistencial	Analizar las actividades que se centran en la provisión de asistencia personal directa, como cuidados físicos y apoyo en tareas cotidianas.
	Individual empoderamiento	Evaluar las actividades que promueven la autonomía y el empoderamiento de las personas participantes, ayudándoles a tomar decisiones informadas.
	Grupal	Examinar las actividades grupales que fomentan la interacción social, el apoyo mutuo y la cohesión comunitaria.

Comunidad	Articulación de recursos	Evaluar cómo se han utilizado y coordinado los recursos comunitarios ya existentes para maximizar su efectividad.
	Activación de recursos	Identificar los recursos nuevos creados o desarrollados a partir del proyecto en respuesta a las necesidades comunitarias.
Diseño del proyecto	Aspectos positivos	Identificar los elementos del diseño del proyecto que fueron exitosos.
	Aspectos negativos	Analizar los problemas encontrados en el diseño del proyecto.
Implementación del proyecto	Aspectos positivos	Identificar los factores que contribuyeron al éxito en la ejecución del proyecto.
	Aspectos negativos	Evaluar los desafíos encontrados durante la implementación.
Cierre del proyecto	Qué continúa	Evaluar qué elementos y prácticas del proyecto se mantendrán activos después de su finalización formal.
	Qué no continua	Identificar qué actividades o prácticas cesarán tras el cierre del proyecto.
	Plan de cierre	Analizar las estrategias personalizadas desarrolladas para cada participante, con el fin de asegurar una transición adecuada después del cierre.
	Conocimiento/Comunicación	Nivel de conocimiento y comprensión que tienen las personas participantes y de comunicación por parte del equipo profesional.

Esta información ha sido analizada en conjunto en este informe global, proporcionando una visión agregada de la implementación y los resultados del programa. Posteriormente, estos datos se volcaron en los informes individuales de cada CDR, lo que permitió un análisis detallado y específico de cada intervención particular. Este enfoque ha facilitado una comprensión más completa de las diferentes implementaciones en cada territorio.

3.1.2 Metodología cuantitativa

La metodología cuantitativa empleada en este estudio se centró en la recopilación y análisis de datos estructurados para medir de manera precisa los aspectos clave de la implementación y los resultados del programa. A través de diversas herramientas cuantitativas, se buscó obtener información objetiva sobre la evolución de las personas participantes, el uso de los recursos humanos o la activación comunitaria, entre otros. Los **objetivos específicos** fueron:

- **Cuantificar** la implementación y el seguimiento de las intervenciones en las diferentes áreas de valor que componen el plan de vida de las personas participantes.
- **Evaluar** los cambios percibidos en la calidad de vida de las personas participantes a lo largo del programa.
- **Medir** la distribución de los recursos humanos mediante el control del tiempo y la dedicación del equipo profesional en diversas actividades.
- **Analizar** los motivos de abandonos y bajas del programa, identificando patrones y razones subyacentes.
- **Evaluar** el impacto comunitario del proyecto y el nivel de activación comunitaria.

Instrumentos

Para alcanzar estos objetivos, se emplearon las siguientes herramientas.

Cuadro registro

Los cuadros de registro son una herramienta clave en la implementación y seguimiento del plan de vida de las personas participantes en el programa Biocuidados. Estos cuadros permiten registrar de manera detallada el desarrollo del programa y las características sociodemográficas de cada persona, además de documentar las intervenciones realizadas en cada área de valor del plan de vida. Estos registros fueron diseñados en una colaboración entre el Área de Didáctica del Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Zaragoza y COCEDER.

El **Plan de Vida** es el núcleo de la intervención del programa Biocuidados. Se diseña en conjunto entre la persona atendida y una persona gestora del plan de vida, y tiene como objetivo identificar las áreas prioritarias en las que se quiere trabajar, basándose en los deseos, necesidades y capacidades de la persona. A través de este plan, se organizan las actividades y el apoyo que la persona recibe, orientados a mejorar su bienestar y fomentar su autonomía.

Cada cuadro de registro recoge información clave sobre las personas participantes, incluyendo datos y el perfil de la persona participante dentro del programa, como su situación de vulnerabilidad o riesgo de institucionalización, además del sexo, la edad, su situación laboral, su estado civil, la existencia o no de personas cuidadoras, el cobro o no de prestaciones o su situación residencial.

Además, se documentan las áreas de valor sobre las que se trabaja en el plan de vida de cada persona. Para cada una de estas áreas se registra el número de horas dedicadas semanal o mensualmente, diferenciando entre actividades relacionadas con el plan de vida individual y aquellas de acción comunitaria.

Las **áreas de valor** registradas en el plan de vida representan los distintos aspectos importantes para el bienestar y el desarrollo personal de cada persona atendida en el programa Biocuidados. Estas áreas se definen de acuerdo con las necesidades y metas individuales de cada participante, y son la base sobre la cual se planifican las intervenciones. Así, en cada plan de vida se establece que se puedan planificar actividades vinculadas a cualquiera de las siguientes áreas de valor:

- Familia.
- Amistades y relaciones sociales.
- Entorno, naturaleza y medioambiente.
- Comunidad y voluntariado.
- Ocio y tiempo libre.
- Trabajo y carrera profesional.
- Autocuidado y salud física y mental.
- Crecimiento personal, educación y creatividad.
- Espiritualidad y derechos.
- Tratarse bien a uno mismo.

Por su parte, el cuadro de registro también incluye los **factores de vulnerabilidad** de cada persona. Estos son elementos o circunstancias que aumentan el riesgo de que una persona experimente dificultades que afecten negativamente su bienestar o calidad de vida. Estos factores se registran para identificar y abordar de manera temprana los posibles riesgos que enfrenta la persona atendida en el programa Biocuidados. Los principales factores de vulnerabilidad que pueden registrarse para cada persona participante son:

- **Poblacional.** Está relacionado con el entorno rural en el que las personas participantes de Biocuidados residen, dada las dificultades de acceso a bienes y servicios básicos y de cuidado.
- **Social y comunitario.** Involucra la falta de participación o aislamiento social, la carencia de redes de apoyo o la dificultad para integrarse en la comunidad.
- **Sociosanitario.** Se refiere a los problemas relacionados con el acceso a servicios de salud o la existencia de condiciones de salud crónicas o discapacidades que limitan la independencia de la persona.
- **Personal.** Incluye dificultades en el manejo emocional, la falta de habilidades de autogestión o los problemas relacionados con la salud emocional.
- **Educación y laboral.** Abarca la falta de acceso a educación, dificultades en la formación, o barreras para la inserción laboral y el desarrollo profesional.
- **Familiar.** Se refiere a las situaciones de conflicto o falta de apoyo dentro del entorno familiar, que pueden afectar el bienestar emocional y físico de la persona.
- **Económico.** Implica la escasez de recursos financieros para cubrir las necesidades básicas o participar en actividades sociales y comunitarias.
- **Vivienda.** Factores relacionados con la falta de adecuación del hogar o las condiciones de habitabilidad que no permiten que la persona viva de manera segura y confortable.

Entrevistas a las personas participantes

Las entrevistas a personas atendidas son una herramienta que permite evaluar tanto los efectos del programa en la vida de las personas participantes como la calidad de las atenciones recibidas. Este instrumento fue diseñado por la Universidad de Valladolid en los inicios del proyecto. Se trata de entrevistas semiestructuradas que permiten recoger evidencias relacionadas con las percepciones y valoraciones de las personas participantes sobre su bienestar, el desarrollo de su plan de vida y la calidad del proceso de atención. Estas entrevistas se aplican directamente a las personas participantes o, en su caso, a su cuidador/a principal.

El objetivo de las entrevistas es doble. Por un lado, se busca obtener información sobre los **cambios en el bienestar y desarrollo personal** desde la perspectiva de las personas atendidas. Esto incluye cómo el programa ha impactado en su calidad de vida en áreas clave como la salud física y mental, las relaciones familiares y sociales, la integración en la comunidad, el acceso a

oportunidades de crecimiento personal, entre otras. Además, se explora el impacto de estas mejoras en el entorno inmediato de la persona, como su familia y la comunidad.

Por otro lado, se evalúa la **calidad del proceso de atención**, es decir, cómo se han llevado a cabo las atenciones y apoyos ofrecidos a lo largo del proyecto. Aquí se pone especial atención en la manera en que se han prestado los apoyos (ya sean personales, materiales o técnicos), quiénes han estado involucrados/as (profesionales, cuidadores, personas voluntarias), y cómo se han seguido los principios del proyecto Biocuidados, que se basa en un enfoque centrado en la persona y la comunidad. El contenido de la entrevista incluye un guion con preguntas abiertas y cerradas, además de escalas de valoración que permiten medir la satisfacción y los efectos del programa en las distintas áreas de valor. La estructura de la entrevista se centra en varios bloques clave:

- **Cambios percibidos.** Los cambios que ha notado desde su incorporación al programa, cómo ha mejorado (o no) su calidad de vida en relación con las áreas de valor, como la salud, las relaciones sociales, el autocuidado, entre otras. Además, se les pide que evalúen si esos cambios se deben a las atenciones recibidas en el marco de Biocuidados.
- **Autovaloración del bienestar.** La persona participante debe reflexionar sobre su situación actual y compararla con el momento en que se incorporó al proyecto, ofreciendo su percepción sobre los progresos en términos de bienestar físico, emocional y social.
- **Valoración del proceso de atención.** Este bloque está enfocado en la calidad de las atenciones recibidas, donde se evalúa cómo fueron prestadas las ayudas, si se adecuaron a sus necesidades, y si se sintió acompañada y comprendida a lo largo del proceso. En esta parte se presta especial atención a las opiniones sobre la relación con las personas profesionales, cuidadoras y voluntarias que participaron en su atención.

Esta entrevista es realizada por una persona técnica cualificada designada por el CDR, que no esté implicada directamente en la atención de la persona, lo que garantiza una evaluación objetiva e imparcial. Se programa en dos momentos: una primera entrevista a los seis meses de haber comenzado a implementar el plan de vida, cuando se han desplegado las atenciones principales, y una segunda entrevista antes de la finalización del proyecto, lo que permite evaluar los efectos a largo plazo. Se lleva a cabo en un ambiente tranquilo y confidencial y se solicita autorización para grabar la conversación. Tras finalizar la entrevista, la persona

encargada de la misma escucha el audio y, a partir de ello, rellena un cuestionario en línea, que es la base para el análisis de los datos en el informe.

En total se cuenta con entrevistas para 517 personas para la primera entrevista – aproximadamente 6 meses desde el comienzo de cada persona en el programa y 320 respuestas para la segunda entrevista, aproximadamente a los 12 meses de participación en el Biocuidados. La diferencia de cantidad de respuestas entre las dos instancias se debe a que muchas personas no habían llegado a los 12 meses en Biocuidados cuando se realizó esta evaluación, dado que comenzaron a participar más tarde y a que algunas otras, en menor medida, dejaron de participar por distintos motivos.

Además del cuestionario general, algunos CDR también implementaron una escala de calidad de vida para obtener una medida agregada de bienestar. Así, 10 CDR (Cerujovi, Edes, Guayente, Montaña, O Viso, Pasiega, Portas, Sastipem, Valdecea y El Villar) implementaron este cuestionario en ambas instancias con 150 personas. La Escala elegida fue la GENCAT, un instrumento que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida originalmente diseñado para que los profesionales de servicios sociales pudieran evaluar los casos de los usuarios de estos servicios. Esta escala consiste en 69 ítems mediante una escala de frecuencia y proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones ('Bienestar emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Inclusión social', 'Relaciones interpersonales' y 'Derechos'), así como un Índice global de calidad de vida².

Cuestionarios autocumplimentados por personas profesionales

El cuestionario autocumplimentado por las personas profesionales que participan en el proyecto es una herramienta que permite recoger información sobre los efectos percibidos de las atenciones proporcionadas a las personas participantes y para evaluar la calidad del proceso de atención, diseñado por la Universidad de Santiago de Compostela. Este cuestionario está destinado a aquellas personas profesionales que trabajan directamente con las personas participantes del programa, tanto dentro de Biocuidados como en otros sistemas de atención

² Más información disponible en <https://inico.usal.es/escala-de-calidad-de-vida-gencat/>

complementarios. Su objetivo es obtener una valoración integral desde la perspectiva del personal técnico sobre el impacto del programa en las personas participantes.

El cuestionario se rellena de manera online e incluye preguntas cerradas en una escala Likert de cinco niveles, junto con preguntas abiertas que permiten aportar información cualitativa. De esta manera, se combina una valoración cuantitativa de los efectos con observaciones más detalladas sobre las experiencias de las personas profesionales y su percepción de los cambios generados en las personas participantes. Está centrado en dos grandes áreas de evaluación:

- **Efectos percibidos en las personas participantes.** Se evalúan las percepciones de las personas profesionales sobre los cambios que el programa ha producido en las personas participantes. Esto incluye dimensiones como el bienestar físico, emocional, social, y económico de las personas beneficiarias, así como su evolución en las distintas áreas de valor del plan de vida (familia, salud, relaciones sociales, etc.).
- **Proceso de atención y calidad.** También se recogen valoraciones sobre cómo se han prestado los apoyos, prestando especial atención a las acciones llevadas a cabo, los recursos proporcionados (materiales, técnicos, económicos, etc.), y la colaboración entre los diferentes agentes implicados (profesionales de Biocuidados, cuidadores/as informales, profesionales de otros sistemas de atención).

Para ello, el formulario se organiza en diferentes bloques:

- **Bloque I.** Datos identificativos de la persona profesional que cubre el cuestionario (código, centro, perfil profesional, ámbito de actuación).
- **Bloque II.** Preguntas vinculadas al programa Biocuidados, abarcando dimensiones como el impacto en la calidad de vida de las personas atendidas en los aspectos físico, emocional, social y económico.
- **Bloque II.** Preguntas abiertas que permiten a las personas profesionales expresar su percepción más detallada sobre los efectos que el programa ha tenido en las personas participantes, y su valoración del proceso de atención prestado.

El proceso de aplicación se realiza en dos momentos clave: a los seis o siete meses de haber comenzado las atenciones, y unos meses antes de la finalización del proyecto. Las coordinadoras territoriales de Biocuidados seleccionan de dos a tres profesionales que hayan trabajado directamente con cada persona, y les envían el enlace al formulario para que lo completen. Cada

profesional deberá rellenar el cuestionario una vez por cada persona participante, proporcionando así una evaluación personalizada y detallada de los efectos del programa.

Seguimiento de abandonos

En el marco de Biocuidados, se lleva a cabo un protocolo de seguimiento de abandonos que permite analizar los casos en los que las personas, tras haber sido participantes del programa, deciden dejarlo antes de su finalización. El objetivo principal de este seguimiento es identificar las razones detrás de estos abandonos y mejorar la atención prestada, ajustándola mejor a las necesidades de las personas. En este sentido, el seguimiento distingue entre dos conceptos clave: **baja** y **abandono**.

La baja se refiere a las situaciones en las que una persona deja el proyecto por causas externas al propio programa, como:

- **Fallecimiento**. Si la persona fallece durante su participación en el programa.
- **Traslado**. Si la persona se muda fuera del área de influencia del programa, lo que imposibilita su continuidad.
- **No respuesta al programa**. Cuando la persona no responde a las intervenciones o comunicaciones, sin una causa clara.
- **Cumplimiento de los objetivos del plan de vida**. Si la persona ha alcanzado los objetivos trazados en su plan de vida y ya no requiere más apoyo.

Por otro lado, el abandono se refiere a casos en los que la persona decide dejar el proyecto por motivos más directamente relacionados con los apoyos ofrecidos o su situación personal, como:

- **Institucionalización**. Si la persona es ingresada en una residencia o centro de cuidados, lo que la excluye del programa.
- **Abandono por inadecuación de los apoyos**. Cuando la persona siente que los apoyos no se ajustan a sus necesidades o que el programa no está respondiendo como esperaba.

El **seguimiento** se enfoca exclusivamente en estos últimos dos casos. El protocolo de seguimiento establece un conjunto de instrumentos para recopilar información detallada sobre las razones de los abandonos. Estos incluyen:

- [Ficha de comunicación de baja](#), donde la persona o su representante formaliza la decisión de abandonar.
- [Formulario autocumplimentado](#) por las gestoras de planes de vida, en el que las personas profesionales que han estado en contacto directo con la persona ofrecen su perspectiva sobre los motivos del abandono.
- [Entrevista semiestructurada](#) con la persona que abandona, que permite profundizar en las razones detrás de su decisión, obteniendo una valoración cualitativa de su experiencia con el programa.
- [Informe de seguimiento](#), que recoge toda la información obtenida a través de los formularios y la entrevista.

El proceso de seguimiento comienza cuando la persona comunica su baja y se recopila toda la información relevante sobre el caso. Las gestoras de planes de vida completan un formulario con su visión sobre los motivos del abandono y, posteriormente, se realiza una entrevista con la persona que ha decidido dejar el proyecto, o la persona de referencia.

[Registro M34](#)

El M34 es una herramienta para el control y seguimiento del tiempo que cada miembro del equipo profesional dedica a las distintas tareas del proyecto. Cada gestora de plan de vida, profesional de referencia y facilitadora cuenta con su propio cuadro donde registra, de manera detallada, cómo distribuye sus horas de trabajo diarias en diversas acciones específicas. También deben cumplimentar este cuadro todas las personas dedicadas a gestión económica, comunicación o informática, por ejemplo. Se recogen actividades como formación, reuniones, estudios de recursos, elaboración de documentación y búsqueda de proyectos similares. Este registro permite saber cuánto tiempo se invierte en cada una de estas acciones, facilitando así el seguimiento y, de cara a la evaluación del proyecto, saber cuál es la dedicación de atención no directa que requiere el programa, especialmente en el caso de la activación comunitaria. Es importante aclarar que sólo 4 CDR completaron este cuadro a este nivel de detalle porque se trató de una experiencia piloto para poder contar con información más profunda sobre la dedicación horaria profesional que permitiera realizar otros análisis. Para los propósitos de esta evaluación se utilizaron los registros de solo dos CDR Montaña y O Viso, dado que contaban con la información más completa. Para el resto de los CDR se cuenta con información menos detallada.

Registro de la activación comunitaria

La **activación comunitaria** se refiere a la promoción de actividades que buscan fomentar la interacción entre los miembros de una comunidad, creando espacios para la convivencia, el ocio y la participación en dinámicas locales. Estas actividades, que pueden ir desde talleres, eventos sociales, jornadas deportivas, hasta encuentros culturales, están diseñadas para motivar a vecinos y vecinas a participar activamente en su entorno, fortaleciendo los lazos sociales y generando un sentido de pertenencia. Más allá de grandes objetivos de empoderamiento o toma de decisiones comunitarias, muchas de estas acciones se enfocan en crear oportunidades atractivas para que las personas se conozcan, colaboren y disfruten de actividades interesantes que les resulten accesibles y relevantes.

El registro de estas actividades permite un seguimiento detallado de la oferta comunitaria, incluyendo los actores involucrados, la periodicidad de los eventos y el nivel de participación de la comunidad. Cada CDR cuenta con su propio Excel de activación comunitaria donde registra aquellas acciones puestas en marcha.

Análisis

El análisis de todas estas herramientas se realizó de manera descriptiva en dos niveles: a nivel agregado, teniendo en cuenta todos los datos disponibles y, luego, a nivel de CDR individual, para poder realizar informes individuales por centro. En esta evaluación se presenta el análisis agregado, que incluye estadísticas descriptivas, sobre todo de frecuencia y distribución, pero también de análisis de medias. Para la mayoría de los indicadores, se hace una desagregación de información que incluya las siguientes dimensiones:

- **Género:** analizando las similitudes y diferencias de las experiencias y resultados de hombres y mujeres.
- **Edad:** dado que los momentos vitales de cada persona participante pueden variar mucho el tipo de actividades en las que participa y el proyecto de vida que se plantea, se analizaron diferencias por grupos de edades.
- **Colectivo de persona atendida:** Los diferentes perfiles de las personas participantes puede influenciar su experiencia en el proyecto y los tipos de resultados que puede experimentar.

- **Transversalidad del CDR.** Dado que el modelo de Biocuidados planteaba el trabajo transversal, fue relevante analizar en qué medida la trayectoria y resultados de las personas participantes variaban por tipo de CDR.

Este análisis buscaba encontrar patrones y comparaciones que pudieran iluminar los mecanismos por los cuales se generaban ciertos resultados. Los resultados presentados a continuación no presentan la totalidad de los cruces, sino aquellos hallazgos más relevantes a las preguntas de evaluación de este trabajo y a los objetivos de Biocuidados.

4. Resultados de Biocuidados

4.1 Evaluación de la implementación de Biocuidados

4.1.1 Alcance del proyecto

Centros de Desarrollo Rural participantes

La Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) es una organización sin ánimo de lucro dedicada a coordinar y apoyar a los Centros de Desarrollo Rural (CDR) en España. Su objetivo es promover el desarrollo integral y sostenible de las zonas rurales, con un enfoque en mejorar la calidad de vida de sus habitantes y fomentar la inclusión social y la participación ciudadana. A través de su red de CDR, COCEDER trabaja para revitalizar las zonas rurales, combatiendo la despoblación y el envejecimiento de la población, y promoviendo la igualdad de oportunidades en todos los aspectos de la vida rural.

Los Centros de Desarrollo Rural (CDR) que forman parte de esta red son organizaciones locales orientadas a promover el desarrollo integral de las zonas rurales y mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Su principal misión es evitar la exclusión social de las personas que viven en estas áreas, facilitando el acceso a los derechos sociales y asegurando niveles adecuados de bienestar en comunidades a menudo afectadas por la despoblación, la falta de servicios y el aislamiento geográfico. Actúan como un punto de unión entre las personas y las instituciones, sirviendo de puente para acercar servicios que, en las áreas urbanas, suelen estar más accesibles pero que en las zonas rurales son escasos o inexistentes. Entre los servicios que proporcionan se incluyen:

- **Apoyo social y personal.** Programas destinados a ayudar a personas en situación de vulnerabilidad, como personas mayores, personas con discapacidad, jóvenes en riesgo de exclusión y familias con dificultades económicas o sociales.
- **Formación y empleo.** Proyectos de formación y capacitación laboral para mejorar las oportunidades de empleo de los habitantes de las zonas rurales.
- **Servicios de cuidado y atención a la dependencia.** Servicios para la atención a personas mayores, a menudo organizando programas de atención domiciliaria o centros de día, para apoyar tanto a las personas dependientes como a sus cuidadores.

- **Desarrollo comunitario.** Fomento de la cohesión social en el medio rural, promoviendo la participación de los habitantes en la vida comunitaria a través de actividades culturales, educativas y recreativas.
- **Fomento del arraigo en el territorio.** Uno de los objetivos clave de los CDR es frenar la despoblación rural, para ello, se promueve el desarrollo sostenible de las áreas rurales, con proyectos que favorecen el emprendimiento local, la creación de servicios y la mejora de infraestructuras, incentivando que las personas permanezcan o vuelvan al entorno rural.

Cada CDR funciona de manera autónoma, pero dentro de una lógica solidaria y de colaboración, lo que les permite compartir experiencias, recursos y metodologías. Al operar bajo una misma Confederación, pueden abordar los problemas rurales desde una perspectiva integral y coordinada, generando un impacto más amplio en términos de desarrollo y bienestar.

Es en este marco en el que se desarrolló el proyecto de Biocuidados, donde COCEDER y los CDR trabajaron juntos para desarrollar la propuesta, metodología e implementación de un proyecto piloto de atención integral centrada en las personas en el entorno rural para evitar la institucionalización o fomentar la desinstitucionalización de aquellas personas que necesiten cuidados. Para este proyecto puntual, participaron 18 de los 22 CDR de 9 comunidades autónomas distintas, con las características presentadas en la [Tabla 2](#). Como se describirá más adelante, cada CDR, a partir de un diagnóstico inicial desarrollado durante el año 2022, definió qué perfiles de personas priorizaría para su trabajo. Así, 16 centros trabajaron con personas con discapacidad, 16 con personas mayores, 14 con personas con problemas de salud mental, 5 con niños, niñas y adolescentes y uno trabajó con personas en situación de sinhogarismo, dado que trabajó con personas reclusas en el ámbito penitenciario. Además, 7 centros trabajaron con personas con otros perfiles, los cuales eran diversos y podían ir desde personas cuidadoras de otras, personas jóvenes emancipadas, personas migrantes o víctimas de violencia de género.

Tabla 2. Características de los Centros de Desarrollo Rural participantes de Biocuidados.

Comunidad Autónoma	Nombre	Comarca
Andalucía	Montaña y Desarrollo	El Centro de Desarrollo Rural "Montaña y Desarrollo" es una asociación sin ánimo de lucro creada en 2002 en la Serranía de Ronda. Surge a partir de diversas experiencias personales y colectivas en los ámbitos medioambiental, empresarial, cultural y sociopolítico, con el objetivo de promover un modelo de desarrollo rural sostenible en la comarca.
	Sastipem ThajMestapem	Este CDR desarrolla su actividad en la comarca de la Sierra Sur de Sevilla, al sur de la provincia de Sevilla. La zona de actuación incluye 19 municipios y 34 núcleos de población, abarcando una superficie de 1.585 km².
Aragón	Grío	La Asociación Cultural Grío, con más de 30 años de experiencia, está ubicada en el municipio de Codos, en la comarca de Calatayud, provincia de Zaragoza, en Aragón. Su área de actuación incluye también los municipios de Tobed, Santa Cruz del Grío, Inogés, El Frasno y Miedes de Aragón. Codos cuenta con unos 200 habitantes, mientras que la comarca de Calatayud tiene una población aproximada de 20.000 personas.
	Guayente	La Asociación Guayente, fundada en 1981, trabaja en el valle de Benasque, en el Pirineo Aragonés, comarca de Ribagorza, Huesca. El CDR opera en municipios como Benasque y Sahún, con una población total de unos 12.000 habitantes.
Asturias	Fundación EDES	La Fundación Edes es una entidad sin ánimo de lucro formada por personas con discapacidad psíquica e intelectual, familias, profesionales y personas voluntarias que se unen para contribuir a que cada persona con discapacidad mejore su calidad de vida en pro de una sociedad más justa e igualitaria, a través de un colegio, un servicio de empleo y actividades diversas. Trabaja desde 1999 en la zona rural de noroccidente asturiano y la mariña lucense.
Cantabria	Asociación Pasiega	Ubicada en Vega de Pas, en la comunidad autónoma de Cantabria, la Asociación Pasiega trabaja en la comarca del Pas-Miera, que cuenta con una población de aproximadamente 26.000 habitantes, de los cuales 730 residen en el municipio de Vega de Pas.

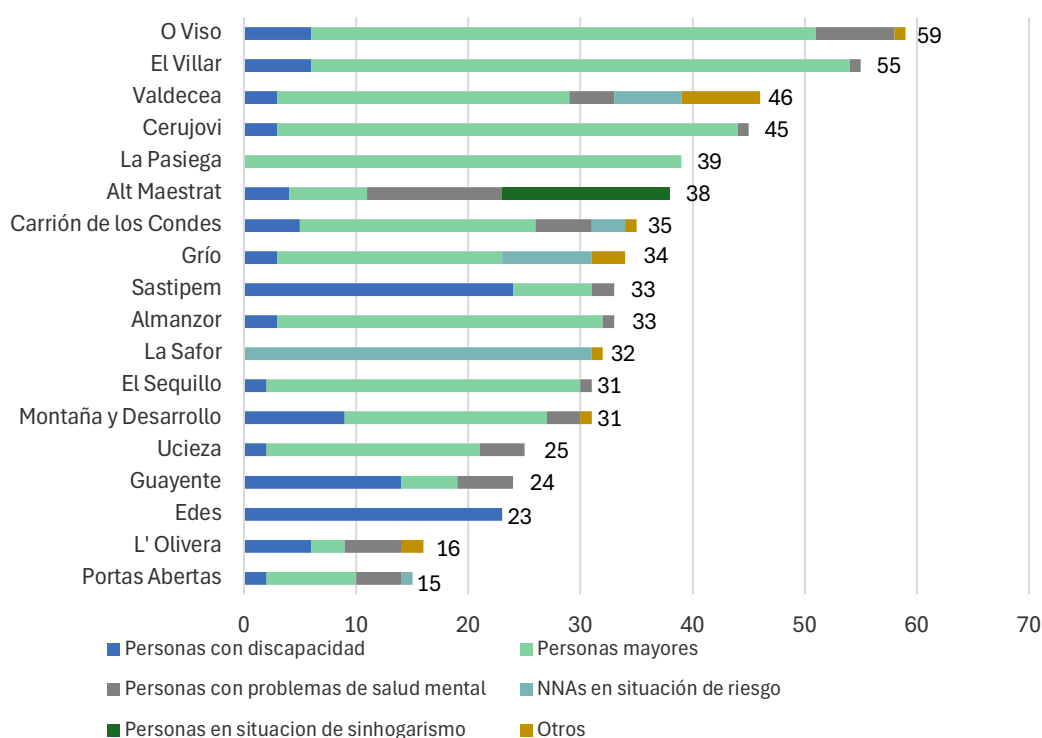
Castilla y León	Almanzor	El CDR Almanzor desarrolla su actividad principalmente en la comarca de El Barco de Ávila, al suroeste de la provincia de Ávila, una zona compuesta por 24 municipios en una superficie de 1.852 km². También trabajan en las comarcas de Piedrahíta y Alto Gredos. Entre sus áreas de intervención se incluyen infancia, empleo, envejecimiento activo, formación y lucha contra la exclusión social.
Castilla y León	Carrión de los Condes	Ubicado en la comarca de Tierra de Campos, Carrión de los Condes es uno de los municipios más grandes, con alrededor de 2.000 habitantes. Sin embargo, los municipios de la comarca tienen generalmente entre 100 y 500 habitantes, lo que hace que el CDR desempeñe un papel clave en la promoción del desarrollo rural en la zona.
	Carrión y Ucieza	Este CDR sin ánimo de lucro se enfoca en la promoción del desarrollo rural en 17 pueblos del bajo Carrión y Ucieza, en la comarca de Tierra de Campos. Su sede se encuentra en Monzón de Campos, en la provincia de Palencia.
	El Villar	El CDR El Villar tiene su sede en Hospital de Órbigo, un municipio de la provincia de León con una población de 981 habitantes (INE 2022). El área de actuación abarca la provincia de León, con un foco especial en la comarca natural del Alto Órbigo.
	El Sequillo	El Centro para el Desarrollo Rural "El Sequillo" fue fundado en 1988 en Tordehumos, Valladolid. Como iniciativa social sin ánimo de lucro, su objetivo es promover el desarrollo integral y sostenible de la comarca de Medina de Rioseco en colaboración con los agentes sociales de la región.
	Valdecea	El CDR Valdecea es una ONG de Acción Social ubicada en la mancomunidad Zona Norte de la provincia de Valladolid. Su misión es desarrollar programas integrales de formación, apoyo y sensibilización para la población rural desfavorecida de los 34 municipios que componen su área de actuación.
Catalunya	L'Olivera	Este CDR se encuentra en Vallbona de les Monges, en la comarca de Urgell, Catalunya. El municipio tiene una extensión de 45 km² y una población de 227 personas, mientras que la comarca cuenta con cerca de 37.896 habitantes.
Comunitat Valenciana	La Safor	Ubicada en Beniarjó, Valencia, la organización trabaja en toda la comarca de La Safor, que cuenta con una población de aproximadamente 171.000 habitantes. Beniarjó, por su parte, tiene alrededor de 1.800 habitantes.

	Alt Maestrat	El centro se ubica en Albocácer, un municipio en la comarca del Alto Maestrazgo de la provincia de Castellón, en la Comunidad Valenciana y tiene una población de 1227 habitantes. Sin embargo, el CDR atiende a los municipios que forman parte de las comarcas Alt Maestrat (Albocàsser, Aresdel Maestrat, Benassal, Catí, Culla, la Serratella, Tírig, la Torre de Besora y Vilar de Canes); la Plana Alta (Benlloch, las Cuevas de Vinromà, la Pobla Tornesa, la Sierra de Galceran y Vilanova d'Alcolea) y del Baix Maestrat (Salzadella y Sant Mateu)
Extremadura	Cerujovi	El CDR Cerujovi desarrolla su actividad en la comarca de Vegas Altas del Guadiana, en la provincia de Badajoz. La zona abarca 17 municipios y 34 núcleos de población en una superficie de 1.652,7 km².
Galicia	O Viso	El CDR O Viso tiene su sede en la comarca de la Limia, en el centro de la provincia de Ourense, Galicia. La comarca incluye 11 municipios distribuidos en una superficie de 801,9 km².
	Portas Abertas	Este CDR, creado en 1990, tiene su sede en Arzádegos, en la comarca de Verín, Ourense. Trabaja con la comunidad rural de la comarca de Verín, que incluye 8 municipios, en un territorio de 1.006,6 km².

Fuente: elaboración propia con datos de la web de cada CDR.

Como se puede notar en el [Gráfico 1](#), los CDR trabajaron con entre 59 y 15 personas en total, con un promedio de 34 personas cada uno.

Gráfico 1. Personas participantes por CDR por perfil.

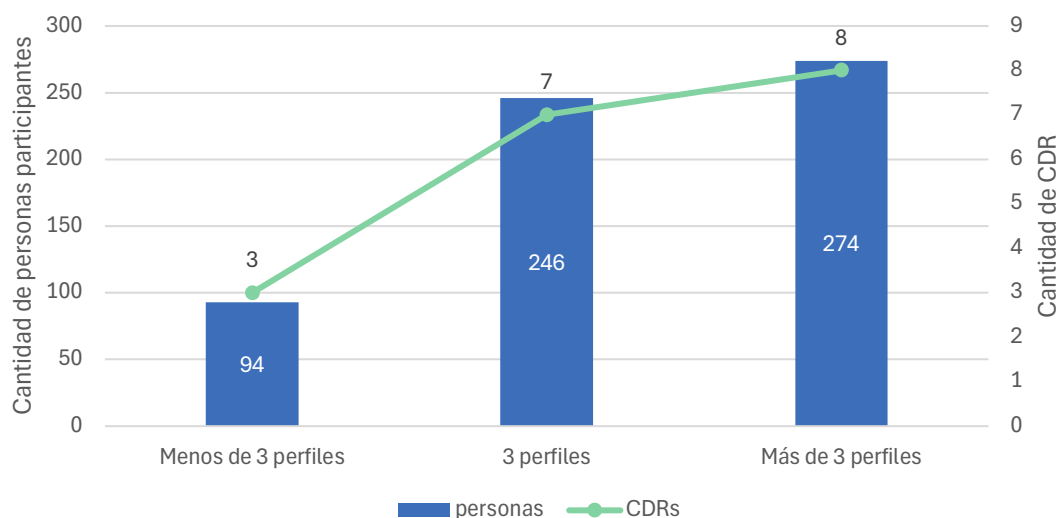


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

También se destaca la diversidad de perfiles de personas participantes en cada CDR, uno de los hechos característicos del programa Biocuidados, denotando la transversalidad de los cuidados en el mundo rural. En este sentido, desde Biocuidados se destaca la necesidad de una atención no específica en un tipo de perfil de persona, sino de una atención centrada en cada individuo/a y sus necesidades, que prescinda de la especificidad de necesidades detectada en un colectivo. Esto es así porque, dado el entorno rural en el que se desempeñan estas entidades, es necesario aunar los recursos de manera de que no se fragmenten las posibilidades de cuidado y atención que son tan escasas y específicas del territorio, como se ha visto en el apartado 2 del presente informe. Como se refleja en el [Gráfico 2](#), **la mayoría de los CDR participantes (el 45%) trabajaron con más de 3 perfiles**, mientras que solo el 17% trabajó con menos de 3. Estas proporciones también se corresponden al total de personas que participaron en cada tipo de CDR, dado que la mayoría de las personas también participó desde un CDR transversal – que

trabaja con más de tres perfiles de personas participantes (274 del total de 614) – como indican las barras del siguiente gráfico.

Gráfico 2. CDR por cantidad de perfiles de trabajo y total de personas participantes por tipo.



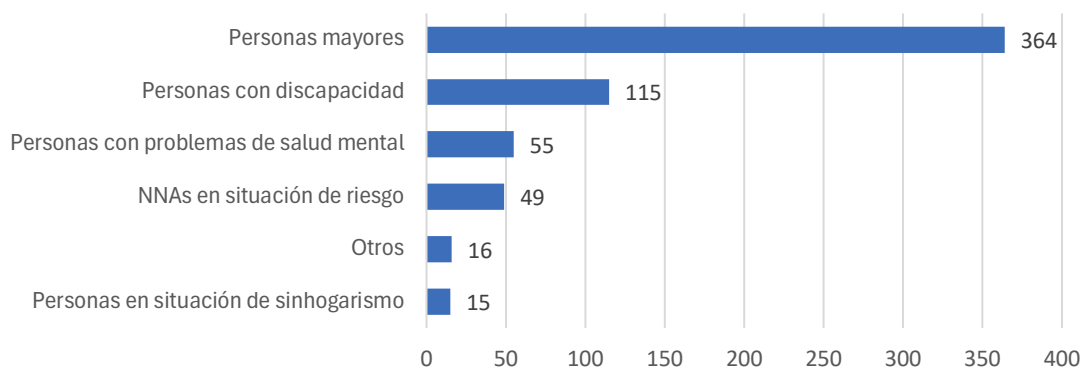
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Perfil demográfico de las personas participantes

El proyecto de Biocuidados contó con un total de 614 personas participantes durante su duración. Como se ha comentado anteriormente, una de las características definitorias de la iniciativa es la transversalidad en el enfoque, por el cual se buscaba trabajar con personas de colectivos y perfiles distintos. Así, cada CDR priorizaba ciertos perfiles, según las necesidades detectadas en cada territorio. El Gráfico 3 presenta la distribución de personas por perfil, en donde es posible ver que **el 59% de las personas participantes son personas mayores (364), seguidas por 115 personas con discapacidad - el 19%, 55 personas con problemas de salud mental (9%), 49 niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo (8%), el 2% de personas sin hogar** – este perfil corresponde a personas que han estado o están reclusas en un centro penitenciario, perfil con el que trabaja el CDR de Alt Maestrat – **y el resto (3%) de otros perfiles**. Este último.

Si se indaga en detalle, el perfil de las personas que se clasifican como “otros” incluye a 5 personas cuidadoras de otras personas, 4 personas jóvenes emancipadas, 2 personas con incapacidad permanente, 2 mujeres víctimas de violencia de género, 2 personas migrantes y 1 persona con problemas de adicción.

Gráfico 3. Personas participantes por perfil.



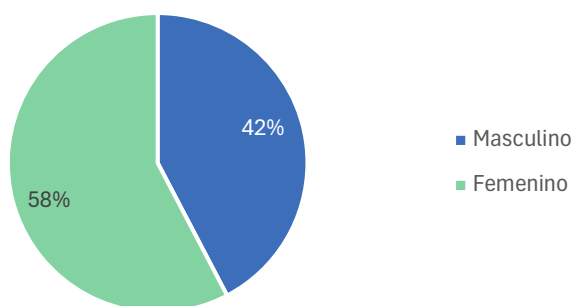
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Una de las conclusiones más evidentes de este análisis es la mayoría amplia de mujeres entre las personas participantes de Biocuidados. El Gráfico 4 refleja que el **58% del total de personas participantes son mujeres**. Por un lado, este hecho puede explicarse por motivos demográficos: la gran mayoría de las personas participantes son personas mayores y las mujeres tienen mayor expectativa de vida³, por lo que es más frecuente que haya mujeres viudas o solas que hayan perdido su red familiar más cercana. Esto haría esperable que las personas participantes de Biocuidados reflejaran esta composición. De hecho, entre las personas mayores participantes, las mujeres representan el 69% - 10 puntos porcentuales más que en el total de la población participante y, entre estas, el 44% son viudas. Sin embargo, la predominancia de mujeres entre personas participantes supera las diferencias que cabrían esperar mirando a la población diana del proyecto en un amplio margen. En este sentido, la hipótesis explicativa más extendida tanto entre personas profesionales como entre participantes es que hay más mujeres en el programa porque Biocuidados representa una oferta de actividades, una socialización y la creación de vínculos que usualmente no está disponible en el entorno rural para este perfil de persona. En los pueblos de todas las comunidades autónomas visitadas se repite que los hombres, en cambio, sí tienen alguna tradición de encuentro, socialización y ocio en los bares del pueblo, usualmente alrededor de juegos como partidas de cartas. Por su parte las mujeres no acostumbran a participar de estos espacios y no los consideran como propios. Así, **la llegada de**

³ La brecha es global, pero en España, específicamente, esta brecha es de más de 5 años y se debe a la mayor mortalidad de los hombres en todos los grupos de edad. Fuente: Our World in Data disponible en <https://ourworldindata.org/why-do-women-live-longer-than-men>

Biocuidados genera una oportunidad para salir de la esfera del hogar y conocer o encontrarse con vecinas y personas nuevas o viejas conocidas.

Gráfico 4. Personas participantes por género.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

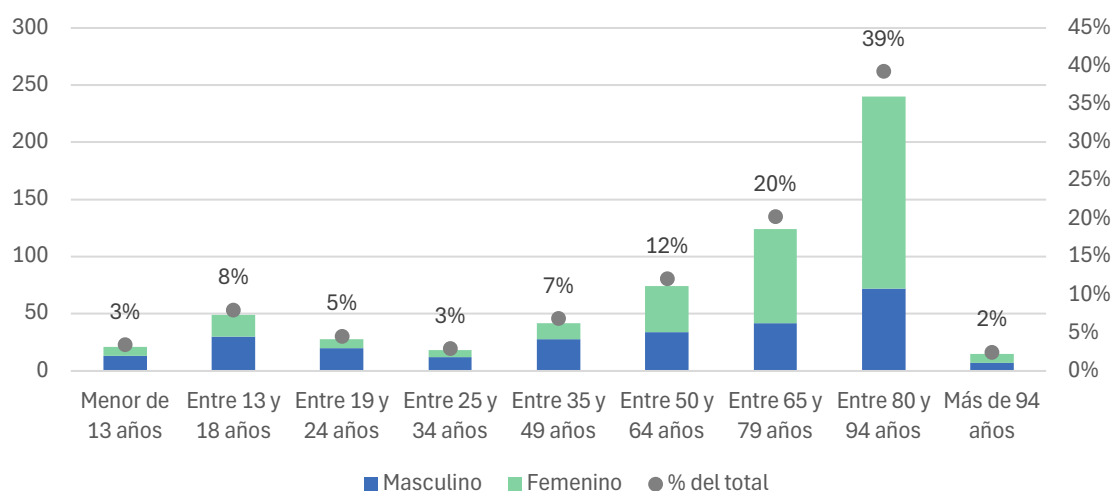
Entre los distintos perfiles de personas participantes, los únicos donde el porcentaje de hombres supera al de mujeres son el de las personas con discapacidad, donde los hombres son el 64% del total y el de los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo, donde los hombres son el 62%.

Por otra parte, en cuanto a edades, consistentemente con lo presentado en cuanto a los perfiles de personas participantes, es posible notar en el [Gráfico 5](#) que **el 61% de las personas tienen más de 64 años, con la categoría más frecuente siendo la de personas entre 80 y 94 años (39% del total de personas participantes)**. Por otra parte, hay un 16% de personas de menos de 25 años.

Entre las personas con discapacidad, el segundo colectivo más relevante en términos de cantidad de participantes, los perfiles de edad se encuentran distribuidos entre todas las categorías de edad, con la más predominante siendo la de personas entre 50 y 64 años, con el 27%, seguida por el 18% de ellos con entre 19 y 24 años y el 16% con entre 35 y 49 años.

Por otro lado, el gráfico también destaca que, en las edades más avanzadas, la proporción de mujeres es mucho más alta que entre las personas más jóvenes. Así, es posible notar que más del 40% del total de personas participantes son mujeres de más de 65 años.

Gráfico 5. Personas participantes por edad.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

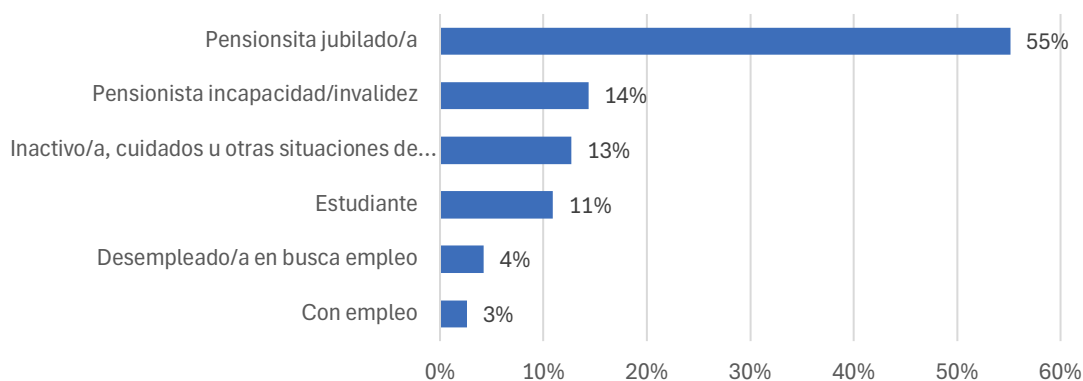
Otros componentes relevantes sobre el perfil de las personas participantes que pueden aportar detalles sobre las necesidades y características de la población objetivo del proyecto son la situación de vivienda y de empleo. En primer lugar, se destaca **que el 28% de las personas viven solas**, lo que podría generar dificultades para valerse por sí mismas en caso de enfrentar algún problema o experimentar soledad no deseada e incluso aislamiento, especialmente considerando el entorno rural en el que habitan, donde las distancias entre hogares suelen ser mayores. Este porcentaje asciende al 27% de las personas mayores que, además, en el 49% de los casos son viudas, lo que refleja que no siempre fue esta su situación de habitacional. Consistentemente con lo presentado, la mayoría son mujeres.

En cuanto al tipo de vivienda, el 85% reporta vivir en una vivienda familiar, es decir, “en su casa”, mientras que 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. Este dato es relevante, dado que el proyecto no solo trabaja la prevención e institucionalización sino, en los casos donde sea posible, desarrolla proyectos de desinstitucionalización.

Por último, en cuanto al empleo, consistentemente con los perfiles predominantes entre participantes, el 55% de las personas reportan estar jubiladas y el 14% ser pensionistas por incapacidad invalidez. Además, el 13% se encuentran inactivas por distintos motivos y el 11%

son estudiantes. Por supuesto, entre las personas jubiladas, predominan las mujeres, dado que son la mayoría entre las personas mayores de 65 años.

Gráfico 6. Personas participantes por situación de empleo.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

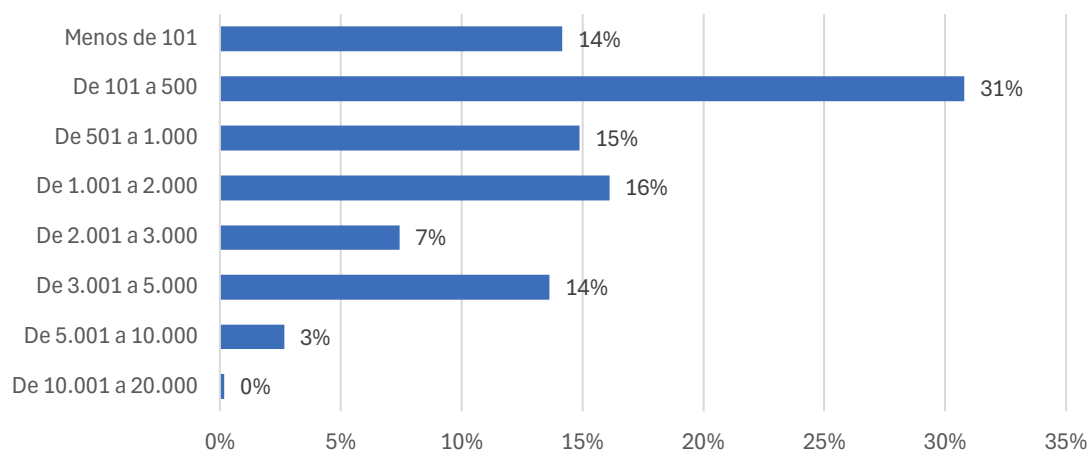
Factores de vulnerabilidad de la población participante

Una vez repasadas las características demográficas básicas de las personas participantes es importante presentar los factores de vulnerabilidad recogidos en los cuadros de registro de cada una de ellas. Los factores de vulnerabilidad se refieren a condiciones o circunstancias que incrementan el riesgo de que una persona experimente situaciones adversas, afectando negativamente a su bienestar. Como se ha explicado anteriormente, en estos cuadros de registro se podían registrar hasta 8 factores de vulnerabilidad distintos para cada una de las personas participantes que son los referentes a lo social y comunitario, lo sociosanitario, lo personal, lo laboral y educativo, lo familiar, lo económico y lo habitacional, además del factor de vulnerabilidad más transversal entre todas las personas participantes por la propia definición del proyecto: lo poblacional.

Respecto a este último factor, es importante partir de la base de que el proyecto de Biocuidados está centrado en el entorno rural que, de por sí, constituye un riesgo por una escasez o falta de accesibilidad de servicios, pero también por situaciones como las del envejecimiento, la despoblación, la falta de servicios públicos, la brecha digital, la falta de oportunidades laborales y la falta de accesibilidad, tal como se ha evidenciado en el [Apartado 2](#) de este documento. De hecho, esto se refleja en el [Gráfico 7](#), el cual muestra que **el 45% de las personas participantes**

viven en poblaciones de menos de 500 habitantes y (casi) todas ellas viven en poblaciones con menos de 10.000 habitantes.

Gráfico 7. Personas participantes por tamaño de población en la que residen (cantidad de habitantes).



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

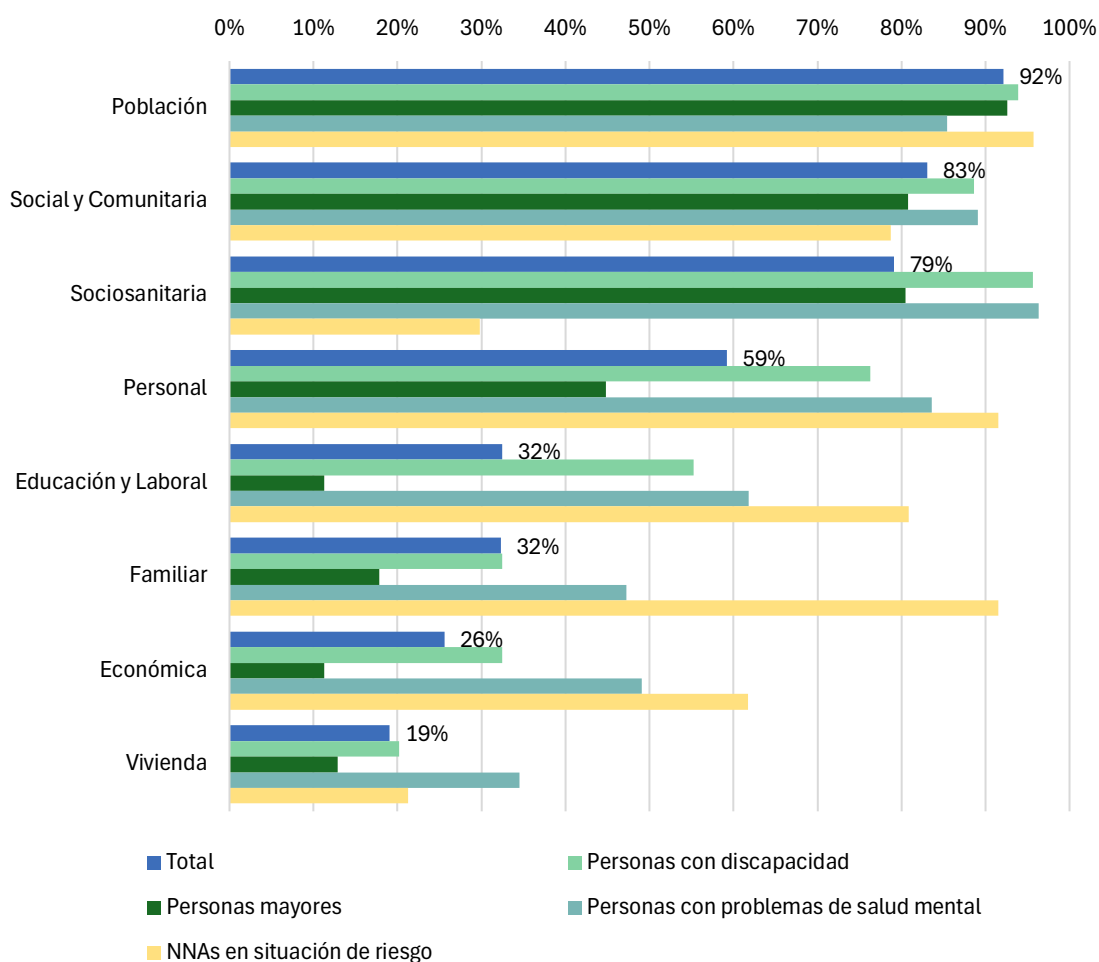
El gráfico siguiente refleja **que, en línea con lo comentado sobre la transversalidad del factor de vulnerabilidad poblacional, el 92% de las personas participantes reflejan a la población como un factor de riesgo.**

En total, el 35% de las personas cuentan con hasta 3 de las 8 vulnerabilidades mencionadas. El 54% de las personas participantes cuentan con entre 4 y 6 y, el restante 12% cuenta con entre 7 y 8 en total. Por fuera del aspecto del tamaño de la población, **la dimensión social y comunitaria es mencionada en el 83% de los casos, seguida por la dimensión sociosanitaria, con el 79%.** Veinte puntos por debajo de estas categorías, también se mencionan aspectos personales – como la falta de desarrollo personal y gestión emocional o la falta de habilidades y autonomía – en el 59% de los casos. Los factores de educación y laborales están presentes en el 32%, sumando aspectos como la falta de estudios básicos, la dificultad acceso al mercado laboral o a los jóvenes con en situación de absentismo o abandono escolar. Con el mismo porcentaje también se mencionan aspectos familiares, como un entorno familiar desfavorable o ser víctima violencia de género.

La dimensión económica, que sobre todo indica una escasez en términos de ingresos, se menciona en el 26% de los casos y, finalmente, la vivienda es un factor de vulnerabilidad en el

19% de los casos, principalmente debido a viviendas inadecuadas, pero también al contexto de institucionalización en un centro.

Gráfico 8. Personas participantes por factores de vulnerabilidad reportados (total y para personas con discapacidad y personas mayores).



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Por otro lado, el Gráfico 8 también refleja los factores de vulnerabilidad reportados por perfil de persona participante, para los dos perfiles más frecuentes en el programa. Así se revela que para las personas con discapacidad participantes el factor sociosanitario es tan importante como el entorno rural y que, para este colectivo, es más frecuente identificar factores de vulnerabilidad dentro de la dimensión social y comunitaria, la personal y la educativa y laboral.

En cuanto a los otros colectivos, para personas con problemas de salud mental y niños, niñas y adolescentes en riesgo el factor población también está entre los más importantes, con 85% y

96% respectivamente. Sin embargo, para las personas con problemas de salud mental el factor más común es el sociosanitario (96%), seguido por la dimensión social y comunitaria con el 89%. Para los niños, niñas y adolescentes en riesgo al factor poblacional le siguen muy de cerca los factores personales y familiares que se reportan ambos en el 91% de los casos.

Asimismo, parecen no existir diferencias de género entre los factores de vulnerabilidad que se detectan. Los únicos dos con alguna diferencia son el social y comunitario y el sociosanitario, en donde las mujeres se registran por encima de los hombres por tres puntos porcentuales. Esto puede deberse a que, en el colectivo más grande, el de las personas mayores, estos factores son más importantes y se trata predominantemente de mujeres.

En la mayoría de las personas participantes, además, se ha precisado dentro de cada dimensión cuáles son los componentes de estas dimensiones más relevantes en cuanto su vulnerabilidad. Para el caso de la vulnerabilidad social y comunitaria, que es la dimensión más frecuente entre las personas participantes, después de la poblacional, es posible destacar que los subcomponentes mencionados con más frecuencia son la falta de participación comunitaria y la falta de red social – en el 64% y el 48% de los casos, respectivamente. Entre las personas participantes con discapacidad, estos factores se dan en mayor proporción, con el 72% y 62%, respectivamente. Ambos aspectos están muy vinculados a la soledad no deseada.

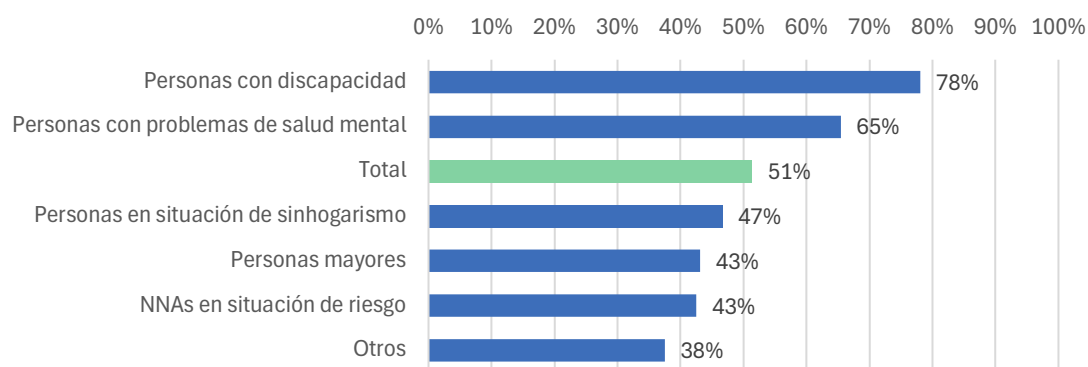
La **soledad no deseada** es un estado emocional negativo que surge cuando una persona siente que carece de las relaciones sociales que necesita o cuando las relaciones que tiene no satisfacen sus expectativas emocionales. No es solo la falta de compañía, sino una experiencia subjetiva de carencia afectiva o social. De hecho, **este fenómeno afecta al 37% de las personas participantes de Biocuidados, aumentando al 47% en el caso de las personas mayores**, quienes son más propensas a experimentar aislamiento social debido a la falta de redes de apoyo o actividades comunitarias o dificultades de movilidad. A nivel nacional, el [Barómetro de la soledad no deseada en España 2024](#) muestra que aproximadamente una de cada cinco personas (20%) experimenta este tipo de soledad. En este contexto, la labor de Biocuidados se centra en abordar este problema entre los colectivos más afectados en el ámbito rural.

El aspecto sociosanitario, identificado como el tercer factor más relevante entre la población participante, se divide en componentes como problemas de salud mental y/o física, discapacidad o situaciones de dependencia reconocida, entre otros. Por ejemplo, los problemas de salud mental o física se reportan en el 66% de los casos que señalan este factor de vulnerabilidad,

siendo más habituales, como era previsible, entre personas mayores y aquellas con trastornos de salud mental. En cambio, de manera consistente, la dependencia y la discapacidad reconocida son los aspectos más comunes entre las personas con discapacidad.

Muchas de estas cuestiones pueden ser atendidas a través de diversos mecanismos como cuidados, ayudas y prestaciones, independientemente del proyecto de Biocuidados. De hecho, en total, 315 personas participantes, lo que representa el 51% del total, reciben al menos una prestación. Al comparar entre distintos colectivos, se observa que las personas con discapacidad reciben prestaciones en mayor proporción: el 78% de ellas cuenta con al menos una prestación (Gráfico 9). Este colectivo también es el que reporta la mayor cantidad de prestaciones por persona, con un promedio de 1,4, siendo las más comunes aquellas relacionadas con la discapacidad. Le siguen las personas con problemas de salud mental, de las cuales el 65% reciben alguna prestación, principalmente vinculada a la discapacidad, dependencia o salud. Entre las personas sin hogar, 7 de las 15 reciben alguna prestación. Por último, el 43% de las personas mayores reporta recibir alguna prestación, concentrándose en ayudas por dependencia, aunque también se observa un porcentaje significativo de prestaciones sociales y de empleo, posiblemente vinculadas a las jubilaciones.

Gráfico 9. Porcentaje de participantes con prestaciones por perfil de participante.



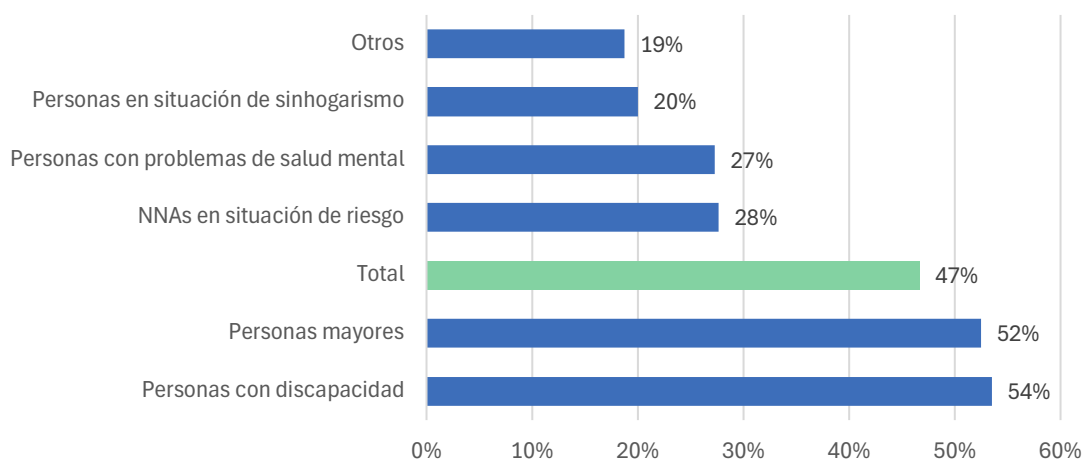
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Por último, es importante destacar que el 75% de las prestaciones reportadas son externas al CDR, es decir, no provienen de ningún programa vinculado al centro que desarrolla Biocuidados. Asimismo, el 57% de estas prestaciones externas son de carácter económico, mientras que el resto corresponden a servicios o prestaciones en especie.

Personas cuidadoras

El enfoque del proyecto en los cuidados dentro del territorio, con el objetivo de evitar la institucionalización, requiere considerar la presencia y las características de las personas cuidadoras de cada participante. Esto permitirá una mejor comprensión de las condiciones de vida, los recursos disponibles y los riesgos de institucionalización que enfrentan. En este contexto, el 47% de las personas participantes reporta contar con una persona cuidadora. Este porcentaje es aún mayor entre las personas mayores y las personas con discapacidad, alcanzando el 52% y 54%, respectivamente (Gráfico 10).

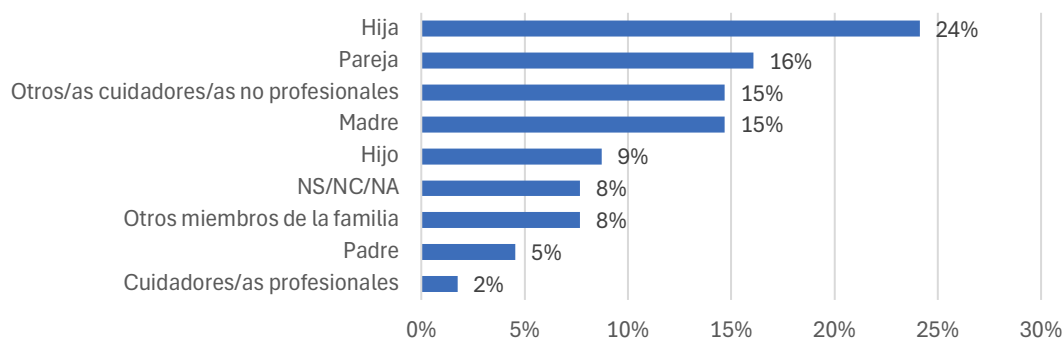
Gráfico 10. Porcentaje de personas participantes que reportan tener cuidadores/as.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

El carácter marcadamente femenino de los cuidados queda reflejado en los datos disponibles, donde se observa que **6 de cada 10 personas cuidadoras son mujeres**. De hecho, el Gráfico 11 muestra que dos de las categorías más frecuentes del vínculo de la persona cuidadora con la persona cuidada son la de “hija” o “madre”, combinando un 39% del total de las personas cuidadoras. Esto pone de relieve la importancia del entorno familiar en la provisión de cuidados y la no profesionalización de los cuidados. De hecho, el modelo de cuidado familiar informal está muy extendido en España donde la mayoría de las familias cuidan a sus mayores y, en muchos casos, lo hacen debido a la insuficiencia de apoyos externos y también por razones culturales, donde se espera que la familia, especialmente las mujeres, asuman ese rol (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

Gráfico 11. Vínculo de la persona cuidadora.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

4.1.2 Recursos y herramientas

Las herramientas del proyecto

Las herramientas del proyecto de Biocuidados son una de las grandes innovaciones en términos de ejecución del proyecto en su duración. A lo largo de la implementación, se ha observado que **la familiarización progresiva con las herramientas empleadas ha permitido a los equipos de profesionales no solo integrarlas con mayor naturalidad en su trabajo diario, sino también comprender mejor su propósito y utilidad**. Aunque en las etapas iniciales estas herramientas pudieron generar cierta resistencia, al percibirse como un proceso burocrático excesivo, con el tiempo se ha desarrollado una mayor apreciación por su valor como instrumentos de seguimiento y evaluación. Los equipos profesionales han comprendido que estas herramientas, además de ser un requisito formal, son fundamentales para garantizar que el proceso de implementación se desarrolle de manera coherente, que las intervenciones puedan ajustarse de forma continua y que las acciones y resultados puedan evaluarse de manera consistente.

Un aspecto clave, surgido a raíz del trabajo de campo cualitativo, es la **necesidad de ajustar y adaptar su utilización a los tiempos individuales de las personas participantes de Biocuidados**. Si bien es cierto que contar con una historia de vida completa desde el inicio puede parecer ideal para una atención más personalizada, la realidad ha demostrado que no siempre es factible. En muchos casos, la relación de confianza entre la persona profesional y la persona participante se desarrolla de manera gradual, lo que hace que compartir detalles personales sea un proceso que toma tiempo. Pretender obtener toda esa información en una fase temprana puede ser percibido por las personas participantes como intrusivo, y esto podría, en lugar de

fortalecer la relación, entorpecer el vínculo con la persona. En este sentido, es crucial que las herramientas relacionadas con la historia de vida se empleen con flexibilidad, permitiendo que sea un proceso orgánico y adaptado a la relación que se construye con el tiempo.

Asimismo, un hallazgo recurrente en las entrevistas grupales con los equipos profesionales ha sido la **desconexión que, en ocasiones, se produce entre el plan de vida y la realidad vivida por la persona**. Esta herramienta, aunque útil, puede quedar desactualizado cuando no se revisa con la suficiente frecuencia o cuando las circunstancias de las personas participantes cambian de manera significativa. Por ejemplo, en el caso concreto del CDR EDES, donde se trabajaba con un colectivo de personas con discapacidad y, además, en edades bastante tempranas, se evidenció de manera clara la desconexión que puede existir entre el plan de vida y la realidad vivida por las personas participantes. Este grupo, debido a su fase vital, está sujeto a cambios constantes en sus intereses, objetivos y pensamientos, lo que hace que los planes de vida que se establecen inicialmente puedan quedar desactualizados en poco tiempo. El equipo profesional observaba que, en varios casos, sobre todo en casos de jóvenes, los objetivos originalmente fijados en los planes de vida quedaban desfasados, mientras nuevos intereses y metas emergían de manera natural. En estos casos, estas herramientas se ajustaban y revisaban, pero estas cuestiones reflejan la necesidad de mayor flexibilidad en la planificación y de mecanismos que permitan una actualización más ágil de los planes. Mantener un plan de vida estático, en un contexto donde las vidas y prioridades pueden cambiar, socava la utilidad de esta herramienta.

En cuanto a la **carga burocrática asociada al uso de protocolos y registros**, esta ha sido identificada como uno de los mayores desafíos por parte de las personas profesionales. Se ha señalado de manera consistente que el tiempo invertido en completar múltiples documentos, a menudo con información duplicada, reduce el tiempo que se puede dedicar a la atención directa, lo que va en detrimento de la calidad de la intervención. Además, algunas herramientas son percibidas como repetitivas, lo que aumenta la sensación de estar sobrecargado con tareas administrativas. A esto se suma la cantidad de detalles que deben registrar, incluyendo las horas exactas de las actividades, lo que se convierte en una tarea “tediosa”, en palabras textuales de los equipos profesionales entrevistados.

También se ha señalado que los y las participantes se ven afectados por estos formalismos, ya que en ocasiones se les solicita que repitan la misma información en diferentes formularios o

entrevistas. Esto no solo genera frustración, sino que también puede restar sentido al proceso de intervención, alejándose del objetivo de atención personalizada y centrada en la persona. No obstante, estas cuestiones no eliminan el reconocimiento extendido por parte de los profesionales de que las herramientas son útiles para conocer aspectos importantes de las personas participantes y sirven como una guía para interactuar y abrirse a las personas en la intervención, además de permitir el control de lo que se hace, cómo se hace y el tiempo invertido en cada tarea. Superada esta etapa piloto del proyecto, simplificar estos procesos implicaría una mejora esencial, permitiendo que las herramientas sirvan de apoyo efectivo en lugar de convertirse en una barrera. Esta idea la suscriben todos los CDR implementadores de Biocuidados.

Otro aspecto identificado es la **falta de adecuación de algunas herramientas a los perfiles diversos de las personas participantes**. El proyecto Biocuidados, por su naturaleza transversal, atiende a personas con características, necesidades y capacidades muy variadas. Por ejemplo, para el CDR El Villar, herramientas como la escala GENCAT, diseñada para medir la calidad de vida, han demostrado ser ineficaces en ciertos colectivos, especialmente en aquellos con menos comprensión de los instrumentos formales o con limitaciones cognitivas. Muchos participantes no entienden las preguntas o no se sienten representados en los criterios de evaluación, lo que genera resultados poco útiles o imprecisos. Este hallazgo subraya la necesidad de revisar y adaptar las herramientas para que sean inclusivas y realmente útiles para todos los perfiles, manteniendo, a su vez, la transversalidad necesaria para garantizar la comparabilidad entre territorios y perfiles de personas participantes.

Recursos humanos

El equipo de profesionales del proyecto Biocuidados ha estado compuesto por un total de 255 personas desde sus inicios hasta el desarrollo de esta evaluación final, de las cuales 27 han causado baja durante este periodo. Estos equipos están distribuidos en los distintos CDR que forman parte del proyecto y se caracterizan por su **interdisciplinariedad**, una cualidad esencial en las áreas rurales donde las necesidades de las personas atendidas son variadas y requieren una atención flexible y personalizada. En términos generales, los CDR cuentan con un equipo profesional promedio configurado por entre 13 y 14 personas.

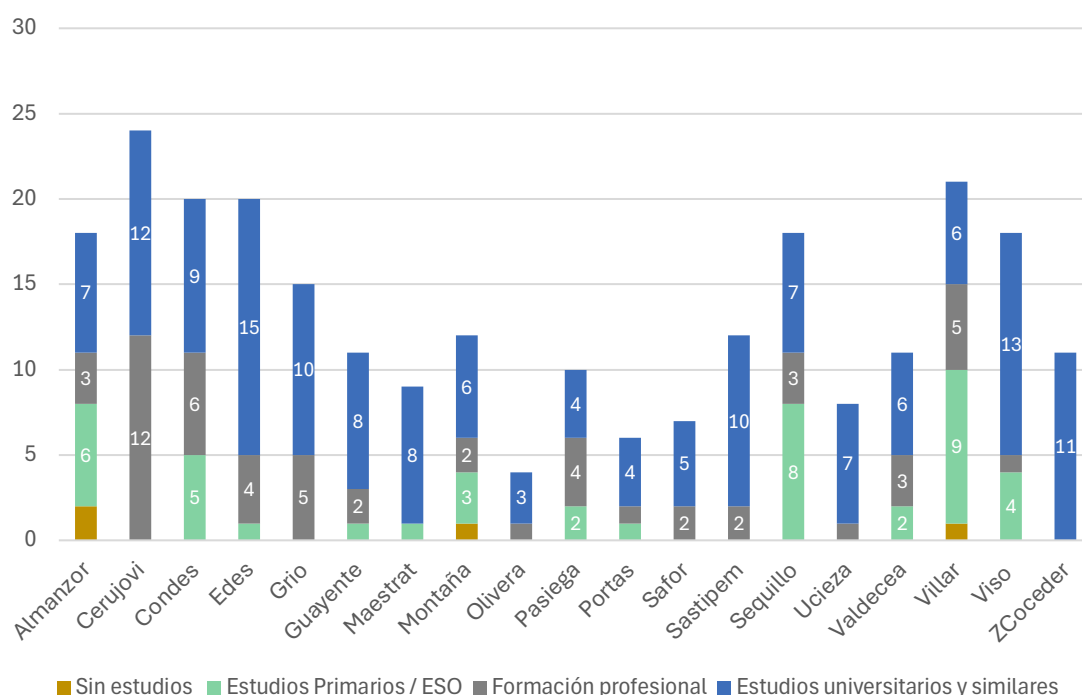
Biocuidados pone de manifiesto una clara feminización del sector, un fenómeno habitual en los sectores relacionados con los cuidados. De las 255 personas que conforman el equipo, **215 son mujeres, representando un 84,31% del total**, mientras que solo 39 hombres (15,29%) y 1 persona no binaria completan la plantilla. Esta tendencia refleja el patrón histórico de la feminización de los cuidados, donde las mujeres han asumido, en su mayoría, las responsabilidades tanto de cuidado formal como informal. Esta feminización del sector no solo responde a una cuestión de representatividad, sino también a cómo se entiende y practica el cuidado en el ámbito profesional. Las mujeres han sido tradicionalmente asignadas a este tipo de labores por las construcciones sociales de género, que las asocian con habilidades como la empatía, la atención y la entrega. En este sentido, la participación mayoritaria de mujeres en Biocuidados refuerza este enfoque, dado que la naturaleza del trabajo implica contacto directo con personas en situación de vulnerabilidad, un aspecto que históricamente vinculado a los roles femeninos.

En cuanto al nivel educativo del equipo (**Gráfico 12**), cabe destacar que **casi el 60% (151 personas) posee estudios universitarios o equivalentes**, lo que subraya la alta cualificación de los profesionales implicados. Los CDR con mayor proporción de profesionales universitarios son EDES, Carrión de los Condes y Cerujovi, lo que resalta la capacidad de estos centros para abordar las necesidades más complejas de las personas a las que atienden. Asimismo, la propia Confederación, COCEDER, únicamente cuenta con personas con estudios superiores entre su equipo de profesionales, algo que se alinea con su función de gestión y soporte global al resto de entidades implicadas en el proyecto.

Por otro lado, **el porcentaje de personas sin ningún tipo de estudios formales es muy bajo, con solo 4 personas**. Esto equivale a menos del 2% del total, lo que indica que prácticamente todos los profesionales del equipo cuentan con algún tipo de formación académica. En cuanto a los profesionales con estudios primarios o de la ESO, este grupo está formado por 43 personas, lo que representa alrededor del 17% del total. Los CDR donde se concentran más profesionales en esta categoría son Sequillo y Villar, con 8 y 9 personas respectivamente. Por su parte, el grupo de profesionales con formación profesional comprende 57 personas (aproximadamente un 22% del total). Cerujovi es uno de los CDR con mayor representación en esta categoría, con 12 profesionales que cuentan con formación profesional

En general, se observa que algunos CDR como Cerujovi, EDES o Sastipem tienen una proporción significativa de profesionales con estudios universitarios, mientras que otros, como El Sequillo o El Villar, cuentan con un mayor número de personas con estudios primarios o formación profesional. Sin embargo, incluso en estos CDR, también hay una presencia importante de profesionales con formación universitaria, lo que asegura que las funciones más especializadas y técnicas puedan ser cubiertas adecuadamente.

Gráfico 12. Nivel de estudios del equipo de Biocuidados por CDR



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Cabe destacar que, una de las consideraciones más importantes es que muchos de los profesionales no solo cuentan con una formación técnica sólida, sino que también tienen un **profundo conocimiento del territorio y de las dinámicas locales**. Esto es particularmente relevante en áreas rurales, donde los recursos son limitados y las dinámicas comunitarias juegan un papel crucial en el bienestar de las personas. El hecho de que gran parte del equipo **viva en el mismo territorio** en el que trabajan es un aspecto muy valorado. Este conocimiento empírico del entorno social, económico y cultural les otorga una perspectiva única que facilita, por una parte, la detección de necesidades y, por otra, la creación de relaciones de confianza con las personas participantes. Muchos perfiles de coordinación han señalado que vivir en la zona les

permite una intervención más eficaz, ya que conocen de primera mano las dificultades logísticas, emocionales y de acceso a servicios que se pueden enfrentar.

Sin embargo, a pesar de esta ventaja, **uno de los retos recurrentes en muchos CDR es la dificultad para encontrar profesionales especializados**. Las áreas rurales no suelen ser atractivas para muchos jóvenes profesionales, quienes a menudo prefieren desarrollar sus carreras en áreas urbanas, donde las oportunidades de empleo y de formación continua son más abundantes. En términos general, es la contratación de personal con habilidades específicas, como terapeutas ocupacionales o asistentes personales, uno de los desafíos más extendidos. Algo que acusaban debido a la falta de incentivos competitivos como sueldos más altos, la posibilidad de trabajar a jornada completa o directamente la despoblación del territorio.

Por otro lado, dentro del proyecto, los profesionales desempeñan diversas funciones esenciales que garantizan una atención integral y personalizada a las personas participantes. Cada uno de estos roles cumple una misión específica, desde el contacto directo con las personas usuarias, la planificación de su atención y el seguimiento de su progreso, hasta la gestión de recursos y la coordinación del proyecto en los distintos CDR. En este sentido, el análisis del número de profesionales por función dentro de Biocuidados y su distribución por CDR refleja **cómo se han organizado los recursos humanos** para atender las necesidades específicas de cada territorio rural (ver [Tabla 3](#)).

El profesional de referencia es el perfil más común dentro del equipo, con un total de 110 profesionales, lo que representa el 44,35% del total. Este número refleja la importancia de este rol, que implica un contacto directo y continuo con las personas participantes, coordinando los cuidados necesarios. Su alta presencia en los diferentes CDR subraya la relevancia de la atención personalizada dentro del proyecto. El segundo perfil más numeroso es el de gestor del plan de vida, con 44 profesionales (17,74%). Estos profesionales son responsables de coordinar y supervisar el plan de vida de cada persona atendida, asegurando que esté alineado con sus necesidades y preferencias, lo que explica su preponderancia, junto con el perfil anterior, dentro del equipo.

Por su parte, el área de gestión económica y administrativa también cuenta con una representación importante, con 43 profesionales (17,34%), lo que subraya la necesidad de una correcta gestión de los recursos y servicios en un proyecto de esta envergadura en términos económicos y de personal. Otros perfiles que desempeñan funciones importantes son los de

responsables territoriales de Biocuidados o del CDR, que están presentes en la mayoría de CDR (21 profesionales, 8,47%) y asumen un rol clave en la coordinación territorial del proyecto.

A pesar de que Biocuidados pone énfasis en la movilización comunitaria y la generación de vínculos que favorezcan la cohesión social en las áreas rurales, **el número de profesionales dedicados a la facilitación comunitaria parece limitado, con solo 7 personas desempeñando este rol, lo que representa apenas el 2,75% del total.** Este número podría considerarse bajo, aunque también es cierto que otros profesionales también han implementando tareas con este fin. Esta cuestión también se hizo visible en el trabajo cualitativo de campo donde se percibió cómo inicialmente muchos CDR pusieron un énfasis elevado en el apoyo y el trato individual, algo que, si bien es positivo a corto plazo, plantea dudas sobre su sostenibilidad en el largo. Como se verá más adelante, a medida que avanzó el proyecto, el tiempo dedicado a las actividades comunitarias y/o grupales fue ganando espacio sobre el total.

Tabla 3. Distribución del equipo profesional por función dentro del proyecto Biocuidados.

Función dentro de Biocuidados	N.º de profesionales	Porcentaje
Profesional de Referencia	113	44,31%
Gestora Plan de Vida	46	18,04%
Gestión económica-administrativa.	44	17,25%
Responsable Biocuidados territorio/Responsable CDR	22	8,63%
Facilitadora Comunitaria	7	2,75%
Otros perfiles (mantenimiento, conducción, etc.)	6	2,35%
Otros perfiles técnico proyecto	6	2,35%
Comunicación	5	1,96%
Otros perfiles dirección y coordinación del proyecto	3	1,18%
Otros perfiles (socio-sanitarios)	2	0,78%
Persona voluntaria	1	0,39%
Total	255	100%

Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

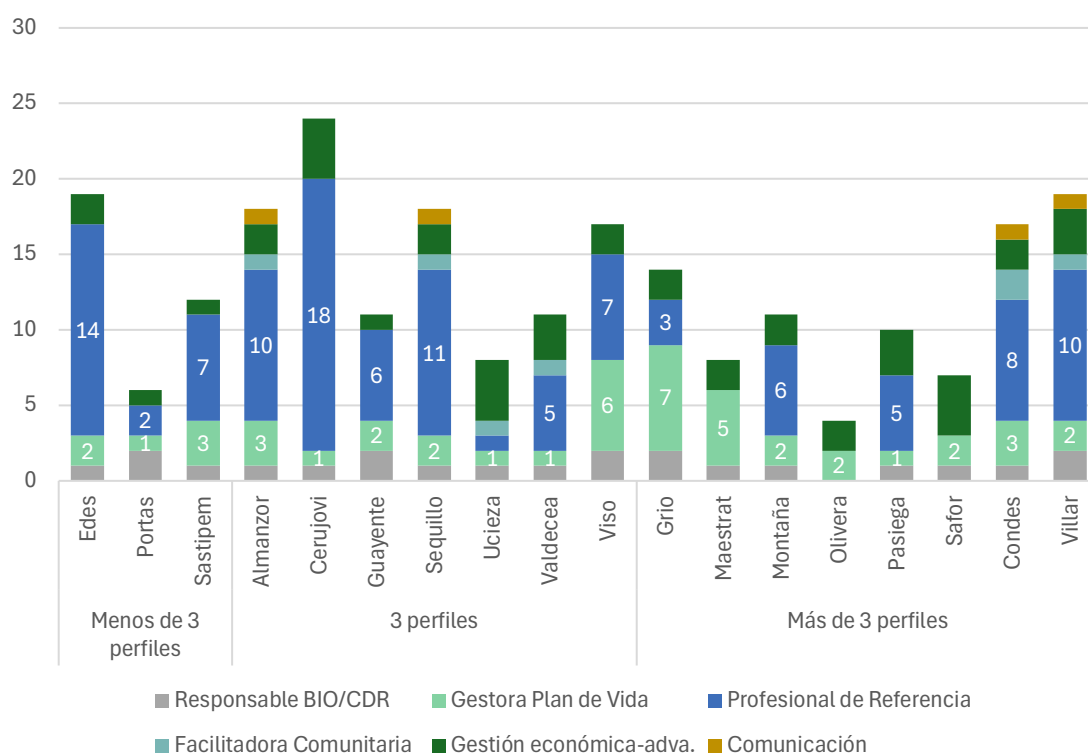
En cuanto a la distribución del equipo de profesionales en los distintos CDR se observa en el **Gráfico 13** cómo **las figuras de gestora del plan de vida y de profesional de referencia son los elementos indispensables para la implementación de Biocuidados y representan el grueso**

de los equipos de todos los CDR. Sobre los perfiles atendidos, no se muestran diferencias significativas entre aquellos con un enfoque más o menos transversal.

La profesional de referencia es, de hecho, el perfil más extendido, con una clara preponderancia en algunos CDR como Cerujovi (con 18 profesionales) y EDES (con 14 profesionales). De manera complementaria, las gestoras, presentes en menor número, pero igualmente cruciales, garantizan la supervisión de los planes de vida personalizados. Su mayor representación se observa en CDR como Carrión de los Condes, que cuenta con 8 profesionales, y Almanzor, con 3, datos sugieren que en estos territorios se ha priorizado una atención intensiva en la planificación y supervisión continua de los cuidados. A continuación, es el área de gestión económica y administrativa la que cuenta con mayor representación dentro de los equipos de Biocuidados, con una asignación que suele variar entre 2 y 4 personas.

En este contexto, resulta fundamental destacar la transversalidad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales que forman parte del proyecto. El carácter diverso de los problemas y necesidades en las zonas rurales exige una respuesta integral y coordinada. Los equipos multidisciplinarios están diseñados para atender a una población variada, con situaciones muy diferentes, lo que asegura que la atención sea eficiente y ajustada a la realidad de cada territorio. El rol de facilitador o facilitadora comunitaria es un ejemplo claro de cómo esta transversalidad es aplicada en la práctica. Este perfil se hace imprescindible para conectar los recursos de la comunidad con los planes de vida de las personas con necesidades de apoyo. En el contexto rural, donde los recursos institucionales son más limitados y las redes comunitarias tienen un papel fundamental, este perfil ayuda a articular la intervención social con las dinámicas locales, fortaleciendo la cohesión social y promoviendo la participación activa de la comunidad en los cuidados.

Gráfico 13. Distribución del número de profesionales de Biocuidados y sus funciones por CDR según número de perfiles atendidos.



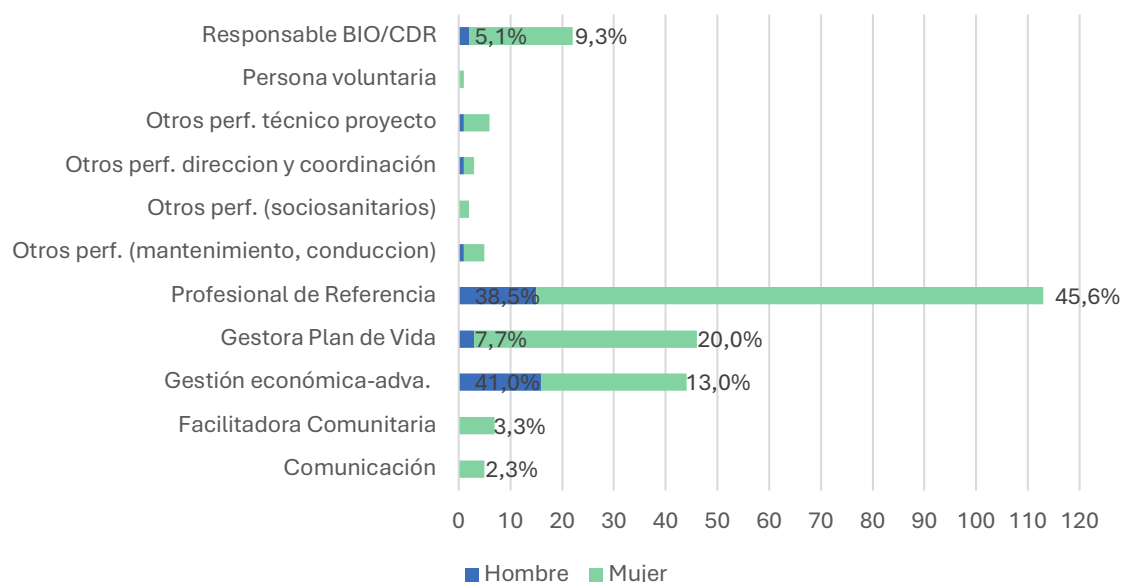
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Al analizar la distribución del equipo profesional por función y género, destaca la **mayor presencia de hombres en la gestión económica y administrativa**, donde el 41% de todos los hombres que trabajan en Biocuidados desempeñan esta función, frente al 13% de las mujeres (ver Gráfico 14).

En contraste, **las funciones relacionadas con el trabajo directo con las personas participantes están claramente dominadas por mujeres**. Un ejemplo claro es el rol de gestor/a del plan de vida, donde solo el 7,7% de los hombres del equipo total asumen esta función, frente al 20% de las mujeres. Asimismo, **en áreas clave como la facilitación comunitaria, el equipo está compuesto exclusivamente por mujeres**, lo que refuerza la marcada feminización de las funciones de atención directa.

Este patrón refleja una mayor tendencia de los hombres hacia los roles administrativos o de carácter técnico, mientras que las mujeres predominan en el ámbito de los cuidados directos.

Gráfico 14. Distribución por género de los profesionales de Biocuidados según función dentro del equipo y porcentaje con respecto al total de profesionales masculinos y femeninos, respectivamente.

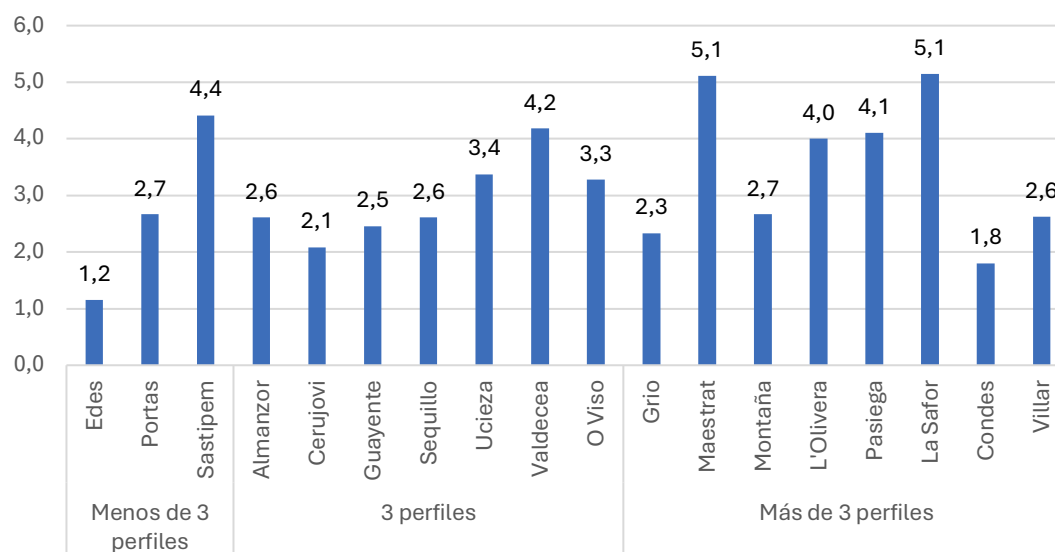


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

En cuanto a la ratio de participantes por profesional en los distintos CDR (ver Gráfico 15), la pauta es diversa. Algunos centros presentan ratios más bajas, un indicador que, aparentemente puede implicar una atención más personalizada. Este es el caso de CDR como EDES y Carrión de los Condes donde prácticamente hay una persona profesional por cada participante. En el otro lado de la balanza se encuentran Alt Maestrat y La Safor, con 5,1 participantes por profesional.

En promedio, los CDR que atienden a menos de tres perfiles tienen una ratio promedio de 2,7 participantes por profesional, los CDR que gestionan tres perfiles muestran una ligera subida, con una ratio promedio de 2,9 participantes por profesional y, por último, **aquellos orientados a la atención de más de tres perfiles alcanzan una ratio media de 3,5**. A pesar de este incremento, es importante destacar que la mayor flexibilidad y la capacidad de los equipos para manejar diversas necesidades de las personas participantes permiten una atención efectiva. El aumento en la ratio no necesariamente infiere una atención menos personalizada ni compromete la calidad de la atención, sino que refleja una optimización de los recursos humanos y puede indicar una mayor eficiencia en la asignación de profesionales para atender a una población más amplia y diversa.

Gráfico 15. Ratio de participantes por profesional por CDR según número de perfiles atendidos.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

A modo de cierre, se puede afirmar que los equipos de intervención han demostrado una **notable capacidad de adaptación y un fuerte compromiso con el proyecto y su modelo de intervención**. En muchos casos, los profesionales han asumido roles diversos y ampliado sus competencias para poder responder a la amplia variedad de necesidades que surgen en las intervenciones, especialmente en el contexto rural. Esta flexibilidad ha sido clave para asegurar que Biocuidados funcione como un sistema integral y eficaz, donde cada persona participante recibe una atención ajustada a su realidad.

Asimismo, **la empatía y las habilidades interpersonales del equipo han sido fundamentales para el éxito de las intervenciones**. En un proyecto donde el enfoque principal es la atención centrada en la persona, estas competencias no solo son deseables, sino imprescindibles para generar vínculos de confianza con los participantes. Este aspecto cobra una relevancia especial en áreas rurales, donde las personas a menudo se encuentran en situaciones de aislamiento, lo que aumenta la necesidad de una conexión humana y un apoyo cercano. CDR como Sastipem, El Villar u O Viso destacan precisamente por el valor que han dado a la creación de estos vínculos, subrayando que esta cercanía permite a los profesionales ser más receptivos a las necesidades y preocupaciones de las personas participantes, facilitando así un espacio de intervención mucho más respetuoso y efectivo. En definitiva, la combinación de competencias técnicas, interpersonales y un profundo conocimiento del territorio ha permitido que Biocuidados sea un modelo efectivo y adaptable a los complejos desafíos que enfrenta la población rural.

Recursos en el territorio

En los entornos rurales, **la colaboración y coordinación entre los distintos agentes del territorio es fundamental para asegurar una atención adecuada y eficiente**. Debido a la escasez de recursos y servicios en estas áreas, el trabajo en red permite maximizar el uso de los recursos existentes, evitar la duplicación de esfuerzos y ofrecer una respuesta más integral a las necesidades de la población. Esta coordinación es clave para asegurar que las personas participantes en Biocuidados reciban la atención que necesitan y puedan acceder a otros servicios complementarios que mejoren su bienestar en general.

Una de las principales funciones del equipo de Biocuidados ha sido precisamente actuar como **enlace entre las personas participantes y los recursos disponibles en el territorio**. A menudo, las personas profesionales no solo detectan las necesidades, sino que también se encargan de proporcionar acompañamiento para la obtención de ayudas o servicios específicos que pueden ser cruciales para el bienestar de la persona participante. En la práctica, esto ha incluido la tramitación de certificados de discapacidad, la gestión de turnos y citas en diferentes lugares, el apoyo con documentación burocrática o la búsqueda de oportunidades de educación y empleo, entre otras. Este papel de facilitadoras es esencial en áreas rurales donde es habitual no conocer o no estar familiarizado con los recursos disponibles o el modo de acceder a ellos.

Paralelamente, el trabajo en red se extiende a múltiples áreas, y **una de las colaboraciones más importantes ha sido con los servicios sociales, en particular los Centros de Acción Social (CEAS)**, quienes actúan como el principal apoyo social en muchas zonas rurales. En muchos casos, la coordinación entre el equipo de Biocuidados de cada CDR y los CEAS ha permitido la identificación de necesidades que de otro modo podrían haber pasado desapercibidas. Al trabajar de forma conjunta, pueden compartir información y recursos, lo que permite una detección más temprana de los problemas y la activación de soluciones de manera más rápida y eficiente, con el fin último de prevenir la institucionalización de las personas en el ámbito rural y fomentar su permanencia en la comunidad. Por ejemplo, a través de la coordinación entre el equipo de Biocuidados y los servicios sociales locales, es posible identificar rápidamente a las personas que podrían beneficiarse de ayudas como la ley de dependencia, garantizando que accedan a estos recursos sin demoras innecesarias.

Una idea recurrente entre muchos equipos de profesionales, por ejemplo, del CDR de Valdececa, O Viso, La Safor o L'Olivera, es **que Biocuidados ha jugado un papel crucial en llenar los vacíos allí donde los servicios públicos no pueden llegar**. En muchos casos, los servicios sociales primarios, aunque esenciales, no logran cubrir todas las necesidades de la población rural. Aquí es donde Biocuidados ha desarrollado un papel fundamental. Los equipos de Biocuidados han colaborado estrechamente con los CEAS, quienes cuentan con un profundo conocimiento de las personas y perfiles que no estaban recibiendo la ayuda adecuada, ya sea porque no cumplían los criterios exigidos o porque los apoyos brindados no eran suficientes. Esta coordinación ha permitido que Biocuidados intervenga en casos en los que los servicios públicos no pueden actuar, brindando un apoyo flexible y personalizado que cubre necesidades que, de otra manera, quedarían desatendidas.

La **colaboración con los ayuntamientos y otras instituciones públicas**, como Diputaciones y Mancomunidades, ha sido esencial para el éxito del programa en los entornos rurales. En muchos municipios, la escasez de infraestructuras sociales limita las oportunidades de interacción comunitaria, por lo que la cesión de espacios para desarrollar actividades ha sido fundamental para implementar Biocuidados. Cuando las comunidades cuentan con lugares de encuentro regulares, se fortalecen los lazos sociales y la resiliencia colectiva, especialmente en situaciones de crisis (Klinenberg, 2018). En áreas rurales, donde la falta de infraestructuras sociales es una barrera significativa para la cohesión, el apoyo de los ayuntamientos en proporcionar estos espacios adquiere una relevancia crucial.

Se ha observado que, en los municipios donde la relación con los ayuntamientos ha sido cercana y colaborativa, los avances del programa Biocuidados han sido más ágiles y efectivos. La participación activa de las autoridades locales ha facilitado la organización de actividades, y ha reforzado la integración del programa en la comunidad, aumentando la participación de la ciudadanía. En contraste, en lugares con una relación institucional más débil, las barreras burocráticas y la falta de espacios adecuados han limitado el impacto del programa. Esta disparidad en el apoyo institucional ha demostrado **la importancia del respaldo político local para garantizar el éxito de proyectos comunitarios como Biocuidados**.

Asimismo, la **colaboración con profesionales de la atención primaria**, como los/as médicos de familia, juega un papel clave en la detección de necesidades. Estos profesionales, que conocen bien la situación de sus pacientes, han sido una fuente para identificar quiénes requerían apoyo adicional. Un ejemplo de esta colaboración se observa en el CDR de Almanzor, donde el médico

de familia estuvo altamente implicado en el proyecto, entendiendo que la atención médica no puede desvincularse de la dimensión social y comunitaria que un proyecto como Biocuidados aporta. Por su parte, algunos CDR también han trabajado en fomentar las **relaciones con las instituciones educativas** de sus territorios, como escuelas e institutos, con el objetivo de elaborar estrategias y actividades que promoviesen la integración social y el contacto entre diferentes generaciones, de manera conjunta. En el CDR de Cerujovi, por ejemplo, se han llevado a cabo encuentros intergeneracionales que conectan a las personas participantes con el alumnado de escuelas e institutos del entorno, creando espacios de interacción social que van más allá del ámbito académico. Algo similar hacen en el CDR de Grío, quienes también tratan de poner en contacto a las personas mayores que están en el Centro residencial con los niños, niñas y adolescentes del Centro de menores, ambos gestionados por la entidad. En el CDR de la Safor, por su parte, basan una parte importante de su intervención en el trabajo con niños y niñas en situación de vulnerabilidad para realizar un trabajo durante el horario escolar, en colaboración con el centro educativo del pueblo. La identificación de participantes se realiza en conjunto con referentes de la escuela y con profesionales de servicios sociales, quienes han manifestado un gran apoyo a la iniciativa.

Además de estas actividades, muchos CDR han complementado su labor con la organización de talleres y charlas informativas sobre temas relevantes para las personas participantes, en especial para las mujeres. Se han abordado cuestiones como los cuidados, el uso de dispositivos digitales y herramientas de comunicación como WhatsApp, fomentando la inclusión digital en entornos rurales. También se han impartido charlas por profesionales locales, como farmacéuticos/as, para tratar temas de salud, como los riesgos de la automedicación, la alimentación saludable, en conjunto con un nutricionista colaborador de la iniciativa, o actividades de idiomas o informática, por ejemplo, ajustándose a las necesidades expresadas por las personas atendidas. A su vez, algunos CDR han promovido charlas informativas sobre temas actuales, permitiendo a las personas participantes estar al tanto de lo que ocurre en el mundo.

Por último, uno de los aspectos más importantes ha sido la **activación de personas voluntarias**. En el entorno rural, donde los recursos humanos son limitados, la implicación de personas voluntarias es esencial. Estos grupos de personas han ayudado en tareas que van desde el transporte hasta el acompañamiento emocional, creando un entorno de solidaridad que responde a los objetivos más generales de Biocuidados: activar el rol de comunidad como agente de cuidados.

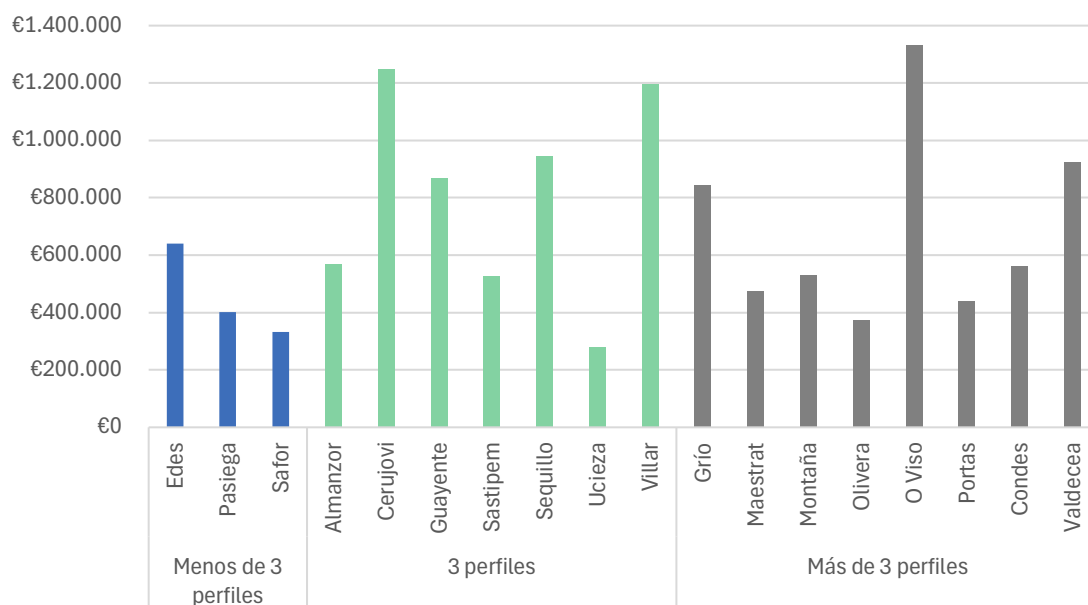
En definitiva, **el trabajo en red es una de las estrategias más relevantes a la hora de trabajar los cuidados en el entorno rural**. Esta colaboración permite: (i) optimizar recursos, (ii) evitar duplicidades y (iii) ofrecer una atención más integral, asegurando que las personas participantes tengan acceso a los apoyos necesarios para mejorar su bienestar físico, mental y social. Esta articulación se vuelve especialmente determinante en áreas rurales, donde la escasez de servicios públicos hace que la cooperación entre instituciones, agentes sociales y la comunidad sea una cuestión imprescindible.

Recursos económicos

En cuanto a los recursos económicos de Biocuidados, se presenta una **asignación presupuestaria total de 11.284.417,62 euros**, distribuidos entre los distintos CDR a lo largo de los años de implementación del programa. El presupuesto asignado varía significativamente entre los centros. Los CDR con mayor dotación económica son O Viso, con 1.331.995 euros, y Cerujovi, con 1.246.496 euros, seguidos por El Villar y El Sequillo, con 1.197.440 euros y 923.535 euros respectivamente. En el otro extremo, los CDR con menor asignación presupuestaria son Carrión y Ucieza, con 279.076 euros, y La Safor, con 331.942 euros. El siguiente gráfico permite visualizar cómo se han distribuido los recursos financieros para llevar a cabo las intervenciones en cada territorio.

Dada esta dispersión en las asignaciones presupuestarias, no se pueden extraer conclusiones definitivas sobre una relación clara entre el número de perfiles atendidos y el presupuesto asignado a cada CDR.

Gráfico 16. Distribución del presupuesto total por CDR según número de perfiles atendidos.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

En lo referente al presupuesto del proyecto Biocuidados, es esencial destacar que este ha sido financiado a través de una subvención, lo que plantea un desafío importante de cara a la sostenibilidad futura del modelo. Es improbable que, sin recursos de este tipo, se pueda mantener el nivel de atención intensiva y personalizada que se ha logrado durante la implementación del programa con recursos propios de cada centro. La subvención ha permitido que muchos CDR ofrezcan servicios de atención personalizada de forma gratuita a las personas participantes, lo que ha facilitado el acceso a cuidados a personas en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, esto también genera incertidumbre sobre cómo se mantendrán estos servicios una vez finalice el presupuesto.

En algunos CDR, se ha implementado un modelo de copago en ciertos casos. Este enfoque tenía dos objetivos principales: en primer lugar, prevenir que los servicios gratuitos fueran infravalorados por parte de las personas usuarias, y, en segundo lugar, buscar una fuente adicional de ingresos que ayudara a mantener los servicios. Sin embargo, la implementación de esta medida ha sido recibida con ciertas dificultades. Por ejemplo, en el CDR Valdecea, señalaban en la entrevista grupal lo complicado que puede ser trasladar el gasto a las familias, quienes muchas veces no están en condiciones de asumir este tipo de costes. Por el contrario, en el caso del CDR O Viso, consideraban que hubiera sido positivo que algunos de los servicios no fueran completamente gratuitos. Observaron que el hecho de que el servicio sea gratuito en algunos casos había derivado en una menor valoración por parte de las personas participantes.

Un ejemplo de esta situación es el caso de Cerujovi, donde han notado que algunas personas, al no tener que pagar, no daban aviso si no iban a estar en casa cuando el o la profesional llegaba para prestarles el servicio, lo que generaba ineficiencias y desorganización en la atención. Esta situación pone de manifiesto la **complejidad de equilibrar un sistema que sea accesible para todos, sin que la gratuidad total del servicio afecte su sostenibilidad ni la percepción de su valor por parte de las personas participantes.**

Por su parte, la evaluación económica de Biocuidados realizada por Fresno (2024) realizó un estudio de caso en cuatro CDR (Alt Maestrat, Grío, Guayente y Portas Abertas), donde se señalaba que, en promedio, **el coste por persona participante en el modelo Biocuidados varía entre 43 y 85 euros por día**, dependiendo del CDR y del perfil de la persona atendida. Este intervalo refleja la singularidad de cada intervención y las diferentes necesidades de las personas participantes, siendo las personas con discapacidad y problemas de salud mental las que demandan una mayor cantidad de horas de atención.

En cuanto a la sostenibilidad financiera, la evaluación muestra que el modelo ofrece una alternativa más económica en ciertos casos que el modelo tradicional. Por ejemplo, en Guayente, el coste de Biocuidados es menor en comparación con el coste de una plaza en un centro de residencia tradicional para personas con discapacidad. Sin embargo, a pesar de los ahorros identificados, la evaluación también resalta la importancia de garantizar una fuente de financiación continua que permita mantener el nivel de atención proporcionado actualmente. El informe subraya que **los proyectos de este tipo requieren apoyo económico prolongado, y que la sostenibilidad futura del modelo depende de recursos adicionales** que permitan cubrir los gastos operativos cuando los fondos de la subvención finalicen.

4.1.3 Actividades

El proyecto de Biocuidados ha contado con una planificación en etapas para coordinar el trabajo. Por eso, después del diseño del proyecto, se inició la implementación con la etapa de incorporación de personas al proyecto. Una vez incorporada cada persona, como se ha descrito anteriormente, existían protocolos de trabajo que tenían dos objetivos: estructurar el proyecto alrededor de los principios de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) y contar con información suficiente que permitiera el seguimiento y evaluación del proyecto piloto.

Incorporación de personas participantes

Una vez que los protocolos y herramientas principales del proyecto fueron desarrollados, y cada uno de los CDR definiese cuáles eran las principales necesidades y colectivos de personas con los que trabajarían, comenzó un trabajo de difusión y comunicación del proyecto. Para esto, los CDR se apoyaron en las **estructuras de contactos y trayectorias que tienen en el territorio**, compartiendo el proyecto con sus principales interlocutores para darse a conocer. Esto se realizó principalmente mediante reuniones con alcaldes o alcaldesas de distintos ayuntamientos, con autoridades a nivel provincial y referentes a nivel de servicios de atención a personas mayores y servicios sociales. El trabajo estrecho con los servicios sociales de cada zona fue uno de los puntos más destacados por las personas profesionales en términos de incorporación de personas participantes. Asimismo, algunos CDR también tomaron la decisión de ampliar su alcance, es decir, extenderse a pueblos o territorios en los que tradicionalmente han tenido menos presencia y han desarrollado menos actividades.

En este proceso se destaca una distinción importante entre aquellos CDR donde ya existían servicios y ofertas vinculados al cuidado y acompañamiento de personas y aquellos donde este tipo de actividades no existían. En los primeros, las personas participantes fueron más fácilmente identificadas dentro del grupo de aquellas que ya participaran de algún programa o se beneficiaran de algún servicio, como el reparto de comidas, o actividades de envejecimiento activo. En el otro tipo de CDR se destaca cierta dificultad inicial y lentitud en incorporar a las primeras personas participantes. Sin embargo, a partir del boca a boca, se aceleró la comprensión del proyecto y, con esto, su demanda. Este proceso de aceleración y demanda se da en ambos tipos de CDR, lo que posiblemente refleja una **dificultad inicial en la comprensión del proyecto por parte de los potenciales participantes**. De hecho, una de las barreras frecuentemente mencionada por las personas profesionales es la dificultad para comunicar el programa y qué es lo que se está ofreciendo cuando se invita a alguien a participar. Al contar con tanta flexibilidad para desarrollar diferentes actividades en cada caso, la explicación del programa resulta abstracta para muchas de las personas, que no están acostumbradas a que una oferta se adapte a cada caso individual. Esto genera que para algunos equipos de trabajo haya resultado complicado aterrizar actuaciones concretas. Como respuesta a esto, algunos CDR establecían una primera oferta de servicios concretos de compañía y apoyo en el hogar, sobre todo para personas mayores, para luego avanzar en un plan de vida más amplio.

Al ser consultadas, las personas participantes mencionan como motivos de incorporación al proyecto razones vinculadas a la necesidad de cuidados, apoyo y ayuda. Este es el caso para alrededor del 26% de las personas para las que se cuenta con información. Esto reflejaría el incentivo inicial de contar con cuidados puntuales, constatando que posiblemente es más fácil para las personas comprender un proyecto en función de los apoyos y ayudas que entienden que necesitan y que podrían obtener. La segunda motivación más mencionada es la soledad o necesidad de compañía, la cual surge en el 19% de las entrevistas. En estos casos, las personas mencionan buscar compañía, ya sea en actividades grupales o con la propia profesional de referencia. En estos casos, se mencionan sus deseos de contar con alguien para conversar o compartir momentos, o para poder apoyarse con sus necesidades y/o problemas. Por último, en un 18% de los casos también se mencionan razones vinculadas al ocio y a la necesidad de pasar el tiempo o construir nuevas rutinas.

En este proceso de incorporación de personas, se destacó de manera generalizada la **necesaria construcción de confianza entre la persona profesional de referencia y la persona participante**. Las personas profesionales manifiestan que la construcción de este vínculo es fundamental para poder trabajar en conjunto las herramientas de plan e historias de vida, dado que son de naturaleza íntima y es posible que algunas personas no se sientan cómodas compartiendo estos detalles desde el inicio de la relación. Esto implica que para comenzar el trabajo tal como está planteado en los protocolos de Biocuidados, las personas profesionales tienen que desarrollar una relación con las personas participantes donde se genere cierta familiaridad para poder ahondar en estos aspectos. De hecho, en varios CDR se utiliza el término “vínculo”, más que “relación”, como factor necesario para poder avanzar. El término vínculo implica una conexión más profunda y significativa, que trasciende la mera interacción superficial o transaccional. Un vínculo es útil para crear un espacio de confianza y seguridad, donde las personas participantes se sientan comprendidas y acompañadas en su proceso. Este vínculo permite una exploración más honesta y abierta de las experiencias y necesidades de la persona participante, facilitando así un proceso más efectivo y centrado en la persona. Con todo, el vínculo se debe construir siempre dentro de los límites claros y respetuosos que definen la relación profesional, sin cruzar hacia terrenos que podrían poner en riesgo la objetividad o la profesionalidad del proceso.

De todos modos, en algunos casos, este protocolo se ha mencionado como una barrera para la incorporación de cierto perfil de personas: aquella persona que no se siente cómoda al abrirse

de esta manera o le cuesta identificar fácilmente sus necesidades y/o deseos, por falta de costumbre o por no considerar que sea posible generar ciertos cambios o tener ciertas aspiraciones, sobre todo entre personas mayores. Estas personas se encuentran más cómodas con la oferta de tareas concretas de asistencia personal, comidas o ayudas con la limpieza o higiene, para cubrir sus necesidades básicas y, eventualmente, se encuentran más dispuestas a emprender otro tipo de actividades. Por este motivo, en ciertos casos, el equipo profesional recomienda utilizar estas herramientas como un instrumento vivo, que se pueda ir construyendo con el tiempo y no necesariamente como un paso inicial en la incorporación al proyecto.

Finalmente, es importante destacar las diferencias observadas en el proceso de incorporación de personas al proyecto, particularmente en aquellos casos donde las personas participantes residían o estaban vinculadas a instituciones de referencia, como centros de salud mental, residencias de mayores o prisiones, entre otras. El equipo profesional indica que, en estos contextos, las personas responsables de dichas instituciones suelen experimentar un elevado nivel de responsabilidad sobre las personas residentes, lo cual puede derivar en la imposición de barreras al acompañamiento o cuidado ofrecido por entidades externas. En algunos casos, el modelo de AICP implementado por Biocuidados es percibido como un potencial riesgo, puesto que implica que las personas cuenten con un grado de libertad y autonomía mucho más alto del que usualmente se registra en estas instituciones y un cambio en el proceso de toma de decisiones con respecto a las opciones de cada una, lo que provoca ciertas reticencias a la colaboración entre el equipo profesional de Biocuidados y el pertenecientes a instituciones tradicionales, como las residencias. Esta situación representó un desafío considerable, especialmente en las etapas iniciales del proyecto. No obstante, hacia el cierre del proceso, en muchos de los CDR donde surgieron estas dificultades, ambas partes habían logrado establecer una colaboración más estrecha, trabajando en conjunto e incluso participando conjuntamente en algunos de los grupos focales de evaluación con la finalidad de explicitar cómo, en proyectos de este tipo, es necesario contar con un tiempo suficiente de implementación para que puedan explorarse las sinergias que pueden haber entre las instituciones tradicionales y los nuevos modelos de cuidado.

[Planificación de trabajo](#)

Una vez que las personas se incorporan al proyecto de Biocuidados, se elabora un plan de vida en colaboración entre la persona participante y una persona gestora de caso. Este plan de vida

es una herramienta clave para identificar las áreas de valor prioritarias para cada persona y establecer los objetivos y actividades necesarias para alcanzar las metas individuales dentro del marco del programa. Las áreas de valor seleccionadas guiarán el desarrollo de un plan de trabajo concreto, con objetivos específicos y acciones concretas.

Como se puede notar en el Gráfico 17, la gran mayoría de las personas participantes – **el 82% - seleccionó el autocuidado y la salud física y mental como área de trabajo**. Esta tendencia es coherente con la distribución de los factores de vulnerabilidad identificados previamente, donde se destaca que el 79% de las personas participantes presentan algún riesgo de vulnerabilidad en la dimensión sociosanitaria (Gráfico 8). Este porcentaje es aún más elevado, alcanzando el 96%, en grupos específicos como el de personas con discapacidad.

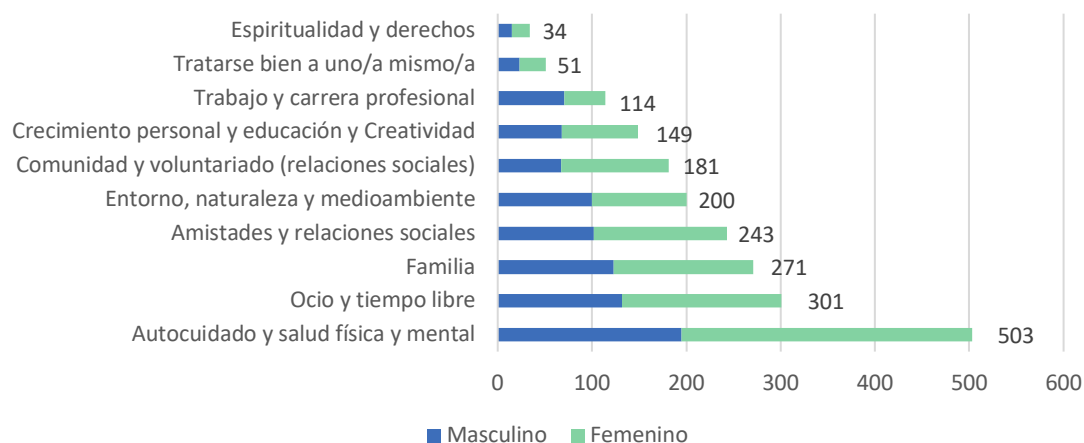
Un aspecto especialmente relevante es que esta área de autocuidado y salud es seleccionada con mayor frecuencia por mujeres que por hombres – en un 87% versus un 75%. Esta diferencia podría explicarse, en parte, por factores de género. La mayor longevidad de las mujeres y la sistemática asunción del rol de cuidadoras a lo largo de su vida podría contribuir a que perciban la salud y el autocuidado como áreas cruciales y sobre las que es importante trabajar.

El resto de las áreas de valor son seleccionadas por menos de la mitad de los participantes en cada caso. **La segunda área de valor más frecuente es la del ocio y tiempo libre, con el 49% de las personas**. Le siguen las áreas de familia y de amistades y relaciones sociales, con un 44% y un 40% de participación, respectivamente. Estas dimensiones también reflejan los factores de vulnerabilidad más prevalentes, ya que se corresponden con el segundo factor de riesgo más común, el social y comunitario, que afecta al 83% de las personas participantes.

Por último, es importante señalar dos áreas en las que se observan diferencias de género significativas entre las personas participantes. La primera es el área de entorno, naturaleza y medioambiente, seleccionada por el 39% de los hombres frente al 28% de las mujeres. La segunda es la dimensión de trabajo y carrera profesional, elegida por el 27% de los hombres y solo el 12% de las mujeres. Estas diferencias pueden reflejar, en parte, la composición etaria de las personas participantes, ya que es más probable que las personas más jóvenes, que tienden a estar en etapas activas de su vida laboral y con mayor movilidad, se inclinen por acciones relacionadas con la naturaleza o el desarrollo profesional. Por el contrario, las personas mayores, que son predominantemente mujeres en este grupo, suelen enfrentar limitaciones de movilidad y, en muchos casos, están jubiladas, lo que podría explicar su menor interés en estas

áreas. Este patrón sugiere que la selección de áreas de interés no solo está influida por el género, sino también por factores como la edad y la situación laboral.

Gráfico 17. Cantidad de personas participantes que marcan cada área de valor



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Por otro lado, es importante identificar **qué áreas de valor priorizan los distintos perfiles de personas participantes** (Gráfico 187). No se observan diferencias significativas en las áreas prioritarias de trabajo entre las personas mayores y aquellas con discapacidad – aunque con diferentes porcentajes –, ya que ambos colectivos siguen la misma distribución que el total de participantes. Esta coherencia indica que las necesidades principales de estos grupos, al ser los mayoritarios, son las que guían la distribución del conjunto de personas involucradas en el proyecto. Sin embargo, es importante destacar algunas variaciones específicas.

En el caso de las personas mayores, quienes representan el grupo mayoritario del proyecto, se observa que el 86% elige trabajar sobre el área de autocuidado y salud y el 45% sobre el ocio y tiempo libre. Para las personas con discapacidad, si bien el autocuidado y la salud continúan siendo una prioridad, el porcentaje es ligeramente inferior al del colectivo anterior (75%), mientras que el área de ocio y tiempo libre adquiere mayor relevancia, siendo seleccionada por el 67% de las personas participantes, cerca de 20 puntos porcentuales por encima del promedio general. Además, en este colectivo, las áreas de familia y redes sociales son aspectos trabajados por más de 1 de cada 2 personas con discapacidad.

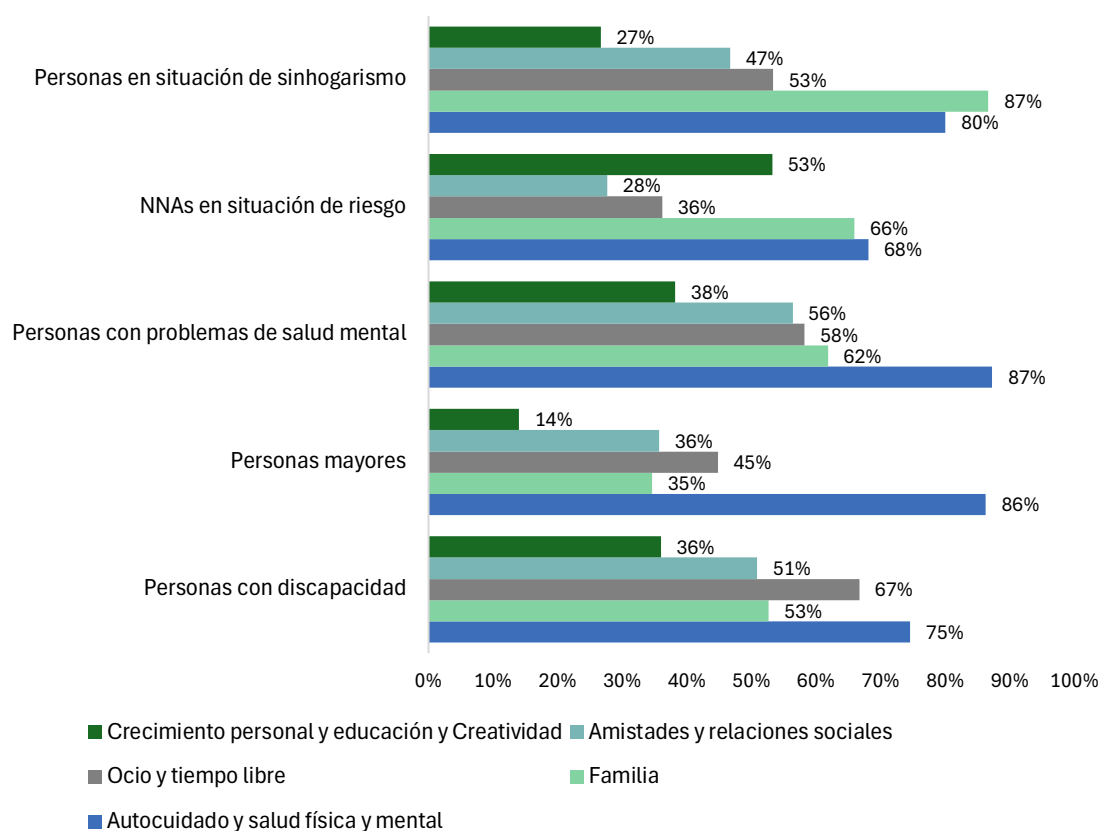
Para las personas con problemas de salud mental, se observa un notable incremento en la importancia del área de familia (62%), que se convierte en la segunda prioridad más frecuente,

seguida por el ocio (58%) y las amistades y relaciones sociales (56%). Este patrón sugiere que, tanto el apoyo familiar, como una red social estable son factores muy importantes para las personas con problemas de salud mental.

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, las áreas de valor muestran una distribución diferente, lo cual es esperable dada su etapa de desarrollo. Aunque el autocuidado y la salud siguen siendo la principal prioridad, seleccionada por el 68% de este grupo, el área de familia se sitúa muy cerca, con un 66%, reflejando la relevancia del entorno familiar en su vida diaria. Además, el crecimiento personal, educación y creatividad se destaca como tercera prioridad, con un 53%, un porcentaje significativamente mayor que en otros colectivos.

Finalmente, para las personas en situación de sinhogarismo, especialmente aquellas vinculadas con el centro penitenciario con el que trabajó el CDR Alt Maestrat, la familia emerge como la prioridad más relevante, seleccionada por el 87% de las personas participantes, lo que refleja la importancia de los vínculos familiares y la salud en el proceso de reintegración social para este grupo, seguida del autocuidado y la salud, con un 80%.

Gráfico 18. Porcentaje de personas por colectivo que seleccionaron cada área de valor



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER. Sólo se ilustran las selecciones de los colectivos de personas participantes más frecuentes y las áreas más predominantes.

Actividades desarrolladas

En total, se llevaron a cabo 6.515 acciones, para las diferentes áreas de valor. Estas actuaciones han sido de tres tipos: (i) de carácter individual, involucrando a una gestora de plan de vida o a una profesional de referencia y la persona participante; (ii) grupales, en las que participaban varias personas participantes de Biocuidados; o (iii) acciones de activación comunitaria, en las que cabía la posibilidad de incluir a personas no vinculadas al programa.

Como se ha mencionado anteriormente, estas acciones estaban vinculadas a las áreas de valor específicas y podían variar desde gestiones simples hasta actividades recurrentes. Por esta razón, la variable más útil para evaluar su implementación es el número de horas dedicadas a cada área de valor y tipo de acción.

El proyecto de Biocuidados, aunque se desarrolló bajo una filosofía claramente definida y con una metodología de intervención guiada por protocolos específicos, se distinguió por su notable flexibilidad en la implementación. Cada CDR adaptó el proyecto según las necesidades y prioridades identificadas por las personas participantes y las particularidades del territorio, permitiendo una personalización de las intervenciones en función de las condiciones locales.

Para caracterizar las actividades realizadas, es útil diferenciarlas entre aquellas de carácter individual y las que se desarrollan de manera grupal. **Las actividades individuales se refieren a las intervenciones de atención directa** que se llevan a cabo entre cada persona participante del programa y una profesional, ya sea una gestora de plan de vida, una profesional de referencia, o una conectora o facilitadora del proyecto. Estas intervenciones se adaptan a las necesidades y deseos específicos de la persona participante, y con frecuencia, están orientadas a la cobertura de sus necesidades básicas, como la preparación de comidas, la asistencia con la higiene personal, la limpieza del hogar, o el acompañamiento para la realización de trámites, gestiones o visitas médicas.

En ocasiones, estas tareas ya están cubiertas por una persona cuidadora, ya sea un familiar directo o una profesional, que ofrece apoyo en el marco de la ley de dependencia. En estos casos, Biocuidados actúa como un complemento cuando es necesario. Sin embargo, también es común que la dependencia de la persona participante no haya sido reconocida oficialmente o que aún

no se haya gestionado el apoyo correspondiente, lo que deja a la persona en una situación de necesidad urgente de cuidado.

Ante tales situaciones, Biocuidados desempeña un papel crucial al cubrir las necesidades de cuidado durante los tiempos de espera, que en numerosas ocasiones han sido reportados como excesivamente largos. Paralelamente, el equipo profesional apoya en la gestión y tramitación del reconocimiento de la dependencia cuando se detecta la necesidad. Además, dependiendo del perfil de la persona, estas actividades pueden no estar relacionadas únicamente con los cuidados básicos, sino también con el acompañamiento en casos de aislamiento o soledad no deseada. En estos escenarios, Biocuidados ofrece apoyo a personas que, debido a limitaciones de movilidad o a la falta de actividades comunitarias cercanas, no pueden reunirse con otras personas.

Algunas de las actividades individuales más frecuentes son:

- **Asistencia personal.** Es un servicio destinado a apoyar a personas que, debido a su situación de dependencia, requieren ayuda para llevar a cabo su proyecto de vida independiente. Las actividades se realizan en el domicilio de la persona participante, donde una profesional proporciona asistencia, atendiendo necesidades básicas como la higiene personal y la alimentación. Este tipo de intervención es especialmente útil para aquellas personas con problemas de movilidad que les impiden o desalientan a participar en actividades grupales fuera de su hogar. En algunos casos, las personas beneficiarias necesitan que se reconozca formalmente su situación de dependencia, o bien ya tienen este reconocimiento, pero aún no han recibido el servicio de cuidado a domicilio al que tienen derecho. En estas situaciones, Biocuidados interviene temporalmente para cubrir estas necesidades hasta que el servicio sea oficialmente garantizado. En otros casos, las personas ya reciben cuidados en el hogar, proporcionados por la ley de dependencia, por familiares, o por personas cuidadoras profesionales, lo que puede dar lugar a una duplicación de servicios. Sin embargo, para muchas de estas personas, la asistencia de Biocuidados se percibe como un complemento necesario a servicios que consideran insuficientes, o como un alivio para la familia. En su gran mayoría, son las personas mayores las que cuentan con esta figura de apoyo en su entorno domiciliario.

- **Servicio de comidas a domicilio.** Este es un servicio que muchos CDR ofrecían previo a Biocuidados y otros incorporaron o reforzaron gracias al proyecto. En general, se ve como un apoyo fundamental para prevenir la institucionalización sobre todo de personas muy mayores o con problemas de movilidad, para las cuales la preparación de la comida se ha vuelto un problema.
- **Movilidad para trámites y cuidados de salud.** En muchos casos se da apoyo a las personas con problemas de movilidad para poder realizar traslados hacia citas médicas u otros trámites y gestiones que deban realizar fuera del pueblo. Como se ha explicado, el entorno rural puede significar un factor de vulnerabilidad importante para personas que ya no pueden conducir y que se ven aisladas frente a la falta de servicios básicos en sus pueblos y las posibilidades muy limitadas o inexistentes de transporte público.
- **Acompañamiento en actividades en el domicilio.** En ocasiones, como se ha visto, hay personas que se encuentran aisladas por lo remoto de sus pueblos o sus casas particulares y que sufren de soledad no deseada. En estos casos, el objetivo principal es crear un entorno seguro y familiar donde la persona participante pueda comenzar a reconstruir sus vínculos sociales de manera gradual y sin presiones externas. Inicialmente, la intervención se enfoca en fomentar la interacción social dentro del entorno conocido del hogar y, a medida que la persona se siente más segura y capaz en su entorno inmediato, el acompañamiento progresivamente se orienta hacia la interacción con el entorno externo.
- **Terapia y apoyos fisioterapéuticos.** En varios CDR se proporcionó apoyo psicológico individualizado con el objetivo de dotar a las personas participantes de las herramientas y habilidades necesarias para mejorar su bienestar y facilitar su participación en la vida social y las actividades del entorno. Por otro lado, el tratamiento fisioterapéutico se destacó como una necesidad prioritaria expresada por muchas personas participantes, especialmente aquellas de edad avanzada, para quienes las limitaciones físicas representaban una barrera significativa en su vida diaria. En respuesta a esta demanda, se ofrecieron sesiones de fisioterapia tanto individuales como grupales. Estas sesiones no solo se centraron en el tratamiento personalizado, sino que también incluyeron la creación de circuitos de movilidad en algunos CDR, como en el caso del CDR de Cerujovi, diseñados para mejorar la movilidad y prevenir el deterioro físico.

Es importante destacar que, en varios CDR, muchas de estas actividades individuales, especialmente las relacionadas con la preparación de comidas y el apoyo personal, se utilizaron como un primer paso de ingreso al programa. En muchos casos, estas necesidades son las más evidentes tanto para las personas, como para sus familias, y, por lo tanto, este servicio, era el más solicitado.

A través de estos servicios, se buscaba generar vínculos de confianza entre las personas participantes y el centro, lo que permitía posteriormente un trabajo más integral y comunitario. Por ejemplo, en el CDR de Valdecea, el servicio de comidas fue fundamental para atraer a una parte significativa de ellas. Tanto las personas participantes como el equipo de profesionales identificaron este servicio como esencial y de gran importancia para el bienestar de las personas, lo que facilitó su integración en el programa y permitió avanzar hacia un enfoque más amplio y comunitario.

En la misma línea, en algunos CDR se consideraba la asistencia personal como un servicio esencial desde el cual abordar las necesidades más básicas y primarias. Este enfoque inicial permitió, una vez cubiertas estas necesidades fundamentales, avanzar progresivamente hacia la dimensión más social y comunitaria del proyecto, promoviendo así una participación en más actividades. Por ejemplo, empezando con la atención en el domicilio, siguiendo con el acompañamiento en paseos por el entorno y a partir de aquí comenzar la interacción social de la persona participante con su comunidad. Se mencionó muy frecuentemente que, si bien la amplitud y la flexibilidad del programa era uno de los aspectos más destacados por el equipo profesional, estas mismas características hacían que resultara difícil de entender para las potenciales personas participantes. Por esto, los cuidados concretos en temas de apoyo en necesidades básicas como la higiene o la comida eran el principal interés y la puerta de entrada de personas que, inicialmente, no estaban tan dispuestas a participar de otro tipo de actividades, más grupales. Así, en muchos casos las personas profesionales de Biocuidados primero se vincularon con las personas participantes mediante este tipo de actividades y luego, establecida la confianza, se trabajó en la incorporación a actividades más grupales o comunitarias.

Por otro lado, otra de las características que se destacan de este tipo de actividades es el vínculo que se desarrolla entre la persona participante y la persona profesional de referencia de Biocuidados. Dado el tiempo que transcurren juntas, estas dos personas desarrollan una cercanía y confianza que facilita que se trabaje en las herramientas de plan e historias de vida y

encuentren soluciones de cuidados y actividades que coincidan más con sus deseos. Además, predispone positivamente a las personas a participar de otros ámbitos más comunitarios del proyecto. No obstante, los equipos profesionales expresaron su preocupación acerca del carácter temporal del proyecto y la posible dependencia que podría generarse entre las personas participantes y las profesionales de referencia. Señalaron la importancia de prestar especial atención a la forma en que se brinda el apoyo, para evitar que se pierda autonomía o se dejen de realizar actividades que se podrían desarrollar o retomar de manera independiente. Según los profesionales, es crucial que **el apoyo ofrecido refuerce las capacidades individuales y fomente la independencia a largo plazo, en lugar de reemplazar habilidades que aún se pueden desarrollar.**

Las actividades grupales son aquellas que se ofrecen para más de una persona participante del programa o de forma abierta a un territorio a partir de la detección de una necesidad que potencialmente es común a muchas personas. Estas actividades generalmente se ofrecen en lugares públicos en alianza con alguna autoridad referente que pueda ceder los espacios necesarios y, también, es posible que se necesite de alguna persona experta en la materia. Dentro de las actividades grupales hay algunas en particular que se denominan como comunitarias, cuando al menos uno de sus objetivos es la activación de la comunidad en el territorio, favoreciendo la creación de nuevos vínculos y actividades abiertas a todo el mundo y no solo a persona participantes de Biocuidados. Algunos de los ejemplos de actividades grupales más frecuentes son las siguientes:

- **Comedores comunitarios.** En muchos CDR, se ofrecen comidas abiertas a todas las personas interesadas, generalmente en el espacio del propio centro. Aunque estas actividades pueden proporcionar alimentación a personas con dificultades para cocinar, su objetivo principal es social: fomentar la creación de vínculos entre personas que desean conocer a nuevas personas o aprovechar la oportunidad de reunirse con sus vecinos/as. Estas comidas son a menudo intergeneracionales, facilitando la interacción entre personas mayores y la población más joven del pueblo. Además, han demostrado ser un espacio inclusivo para personas con alguna discapacidad o problemas de salud mental, quienes han encontrado en estos comedores una nueva forma de integrarse en la comunidad. Un ejemplo destacado es el caso del CDR de Montaña y Desarrollo, donde la cesión de un espacio por parte del Ayuntamiento ha permitido ofrecer un día de comedor abierto. Esta iniciativa ha atraído a personas mayores, a personas con

discapacidades, e incluso a los niños y niñas de la escuela cercana. El éxito de esta actividad ha sido tal que se ha coordinado con el Ayuntamiento de un pueblo cercano para facilitar el traslado de personas con limitaciones de movilidad que desean participar. Asimismo, en el CDR Grío, se organizan comidas conjuntas entre las personas mayores del Centro Asistencial La Lonja y los niños, niñas y adolescentes del Centro de Menores. Estas comidas ofrecen oportunidades de socialización y salidas para ambos grupos y también suelen incluir la participación de otras personas residentes del pueblo, fortaleciendo así los lazos comunitarios.

- **Actividades de envejecimiento activo o memoria.** El envejecimiento activo se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación, y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. En muchos CDR, se ofrecen actividades grupales diseñadas para ejercitar la motricidad, la memoria y otras capacidades cognitivas que pueden presentar dificultades en personas mayores. En efecto, son actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud física y desarrollan un papel crucial en el desarrollo y preservación de las capacidades cognitivas, lo que es fundamental para prevenir el deterioro mental y mantener la autonomía. En áreas más urbanas o en pueblos más grandes, estos tipos de actividades son comúnmente proporcionados por los servicios sociales o los ayuntamientos. Sin embargo, en localidades donde esta oferta es limitada o inexistente, muchos CDR han asumido la responsabilidad de crear estos espacios guiados. Las personas participantes, generalmente, pueden elegir entre una variedad de opciones propuestas por una persona profesional, adaptadas a sus intereses y necesidades. Estas actividades pueden estar destinadas exclusivamente a las personas participantes del programa o abiertas a la comunidad en general, ofreciendo además un valioso espacio de socialización. En la mayoría de los casos observados, alrededor del 80% de las personas participantes en estos espacios son mujeres. Tanto las personas participantes como las profesionales consultadas sugieren que esta tendencia se debe, en parte, a la mayor proporción de mujeres en la población mayor. Además, estos espacios a menudo representan la única oferta de actividad social estructurada para las mujeres, quienes tienden a participar menos en actividades en los bares o las partidas de cartas, que son más frecuentemente frecuentadas por hombres.
- **Gimnasia.** Las actividades de gimnasia son ofrecidas generalmente para las personas mayores y, al igual que en el caso anterior, son frecuentadas mayormente por mujeres.

- **Grupos de actividades puntuales.** En varios CDR, se han organizado actividades grupales puntuales basadas en intereses comunes o en la identificación de grupos de personas con afinidades compartidas. A partir de la identificación de compatibilidades o la proximidad territorial, muchos profesionales han incentivado la creación de estos grupos, promoviendo encuentros alrededor de una actividad específica. Por ejemplo, en el caso del CDR de O Viso, un grupo de mujeres se formó a partir del interés de una persona participante en mejorar su alimentación y del interés de otras en la cocina. Este grupo se ha dedicado a recopilar recetas tradicionales de Galicia, basándose en conversaciones con personas mayores de distintos pueblos de la Comarca. Esta actividad no solo ha permitido a las participantes alcanzar objetivos personales, sino que también ha creado un grupo de apoyo y amistad entre personas que previamente se encontraban muy aisladas y en situación de soledad. Actualmente, este grupo representa una excusa para salir de casa con más frecuencia, mejorar la comunicación y cuidarse mutuamente. En otros lugares, como en el CDR Cerujovi, las personas que normalmente se reúnen para hacer gimnasia han formado un grupo adicional para organizar actividades puntuales en torno a las fiestas locales y celebraciones religiosas. Estas actividades suelen involucrar a la escuela del pueblo, pero también están abiertas a cualquier persona interesada en participar. Estos grupos, generalmente conformados por personas participantes y sus cuidadores/as más cercanos/as, han resultado ser una fuente significativa de apoyo, tanto para las personas participantes como para las cuidadoras.
- **Talleres, actividades de aprendizaje y/o concienciación.** Estos encuentros abordan temas que pueden beneficiar la salud de las personas, ofrecer conocimientos sobre cuestiones prácticas, o proporcionar actividades de ocio y socialización. Por ejemplo, en el CDR de Alt Maestrat, se desarrolla un taller de reciclaje en el que se recolectan plásticos en el pueblo para transformarlos en nuevos objetos. Esta actividad promueve el reciclaje, pero también sirve como una valiosa oportunidad de socialización e integración para personas con problemas de salud mental, además de concienciar a la comunidad sobre temas de sostenibilidad. Como parte del trabajo de reciclaje, las personas se vinculan con distintos comercios e industrias para recolectar plásticos, pero también, realizan talleres y actividades de concientización en el centro y en centros educativos, por ejemplo.

Dado que la mayoría de los CDR trabajan en territorios amplios que incluyen pueblos de distintas características, se han recogido las dificultades y oportunidades comunes para generar este tipo de espacios. En primer lugar, es necesario contar con el espacio físico. Aquí suelen colaborar los ayuntamientos, dado que normalmente existen espacios disponibles de los que suelen disponer. Sin embargo, estos espacios deben adecuarse, sobre todo de acuerdo con el clima, que puede ser muy frío en invierno o demasiado caluroso en verano. En segundo lugar, es necesario que, incluso para poder iniciar ciertas actividades de dinamización comunitaria, exista algo de tejido social ya existente. Muchos CDR han mencionado las dificultades de activar comunidades en pueblos demasiado pequeños o, en pueblos donde no existe una tradición de participación colectiva. En este tipo de lugares, varios CDR organizaban actividades para las que constantemente tenían una participación muy baja o nula y tuvieron que concentrarse en otros territorios. Este es el caso de Sastipem, por ejemplo, en donde el proyecto de Biocuidados les permitió expandir su alcance, dado que cubren un territorio muy amplio. Como decisión estratégica el CDR mantuvo su actividad en aquellos territorios donde la participación de los vecinos fuera más activa, dado que, en otros, las actividades no conseguían sostenerse en el tiempo por falta de asistencia.

Un ejemplo ilustrativo de esta situación es el CDR Sastipem, donde se hipotetizó que la presencia o ausencia de un tejido asociativo previo en un pueblo podría ser un determinante clave para el éxito de las actividades comunitarias. En la misma línea, el equipo profesional del CDR Carrión y Ucieza comentaba que la falta de una tradición de participación colectiva puede limitar significativamente la capacidad de generar espacios de encuentro y actividades grupales, subrayando así la importancia de contar con una base social medianamente activa para que las iniciativas comunitarias prosperen. En definitiva, **el contexto social local juega un papel determinante en lo que se puede lograr en términos de cohesión y participación colectiva.**

Además de las actividades descritas, existe un tipo de actividad que, dependiendo del caso puede tomar un carácter individual o grupal. En algunos CDR se han ensayado modalidades novedosas de viviendas, ya sea para comenzar procesos de desinstitucionalización de personas viviendo en residencias como para prevenir la institucionalización inminente de personas que se encuentran con una pérdida de autonomía relevante. Algunos de los casos más destacables son los que se encuentran en el siguiente cuadro.

Algunos modelos de desinstitucionalización

- **Viviendas tuteladas para personas con discapacidades.** En el CDR Guayente, en Aragón, se centraron en las personas que habían sido institucionalizadas en la residencia gestionada por la entidad, algunas de las cuales habían permanecido allí durante muchos años debido a la falta de alternativas o a decisiones familiares de cuidado. Sin embargo, estas personas manifestaban el deseo y contaban con ciertas habilidades para vivir de manera más autónoma. Para facilitar esta transición, las personas profesionales del proyecto lograron conseguir viviendas en el mismo pueblo donde una o más personas participantes pudieran convivir. En algunos casos, compartían el hogar con personas tutoras o referentes voluntarias, a menudo jóvenes profesionales en prácticas que pasaban la temporada en la zona, quienes colaboraban en el proceso de autonomía de las personas residentes. En otros casos, las viviendas recibían visitas regulares de referentes del proyecto. Estos procesos, aunque lentos y graduales, resultaron en su mayoría muy satisfactorios, demostrando que para muchas personas la institucionalización no es la única alternativa de vida.
- **Vivienda independiente con apoyos.** El CDR El Sequillo, en Castilla y León, cuenta con una vivienda comunitaria de gran tamaño, con distintos cuartos, en la que conviven varias personas participantes con diferentes necesidades de cuidado. Entre las personas residentes se encuentran tanto personas mayores como personas con alguna discapacidad. Estas personas viven de manera independiente, aunque con apoyos en áreas como la higiene, la cocina y otras necesidades básicas. Este modelo de vivienda busca prevenir la institucionalización de personas que, si bien no tienen la autonomía necesaria para cubrir todas sus necesidades, tampoco requieren una atención completa que justifique su institucionalización.
- **Vivienda independiente para personas jóvenes.** En el CDR EDES, en Cantabria, se trabajó exclusivamente con jóvenes con algún tipo de discapacidad, ya que en el CDR se contaba con un centro educativo para personas con este perfil y se había identificado una necesidad importante en los años posteriores a la educación obligatoria. Por esto, mediante el proyecto de Biocuidados enfocaron sus esfuerzos en fortalecer las oportunidades de las personas en esta situación y, entre ellos, identificaron la necesidad de vivienda independiente, en donde lograron que algunas personas participantes pudieran vivir juntas de manera independiente y con apoyos menos intensivos por parte de la familia y el centro.

Estos son solo algunos ejemplos de los esfuerzos realizados en el ámbito de vivienda. En muchos casos se trabajó directamente con personas institucionalizadas para que pudieran ganar más autonomía dentro de sus centros y en otros se trabajó en la dinámica y principios de trabajo de estos. En otros, las dificultades económicas y burocráticas de contar con la propiedad fueron demasiadas como para poder desarrollarlo en el plazo del proyecto.

Para analizar la dedicación a estos distintos tipos de actividades, se ha contado con información sobre las horas dedicadas por las personas profesionales a las distintas tareas relacionadas con la atención directa. En este sentido, durante los dos años y medio que se contemplan en esta evaluación de Biocuidados se registran un total de 313.553 horas de trabajo en el proyecto entre los 18 CDR participantes, sumando las horas dedicadas a cada persona participante. Ello implica que, si una actividad es grupal, las horas de dedicación serán tantas como personas participen en esa actividad. **El Gráfico 198 muestra que, si bien la cantidad de meses de implementación en cada año no es la misma, la cantidad de horas dedicadas al proyecto fue en incremento constante**, resultando en un total de horas registradas para el año 2024 de más de 5 veces el total de horas de 2022, el primer año de implementación.

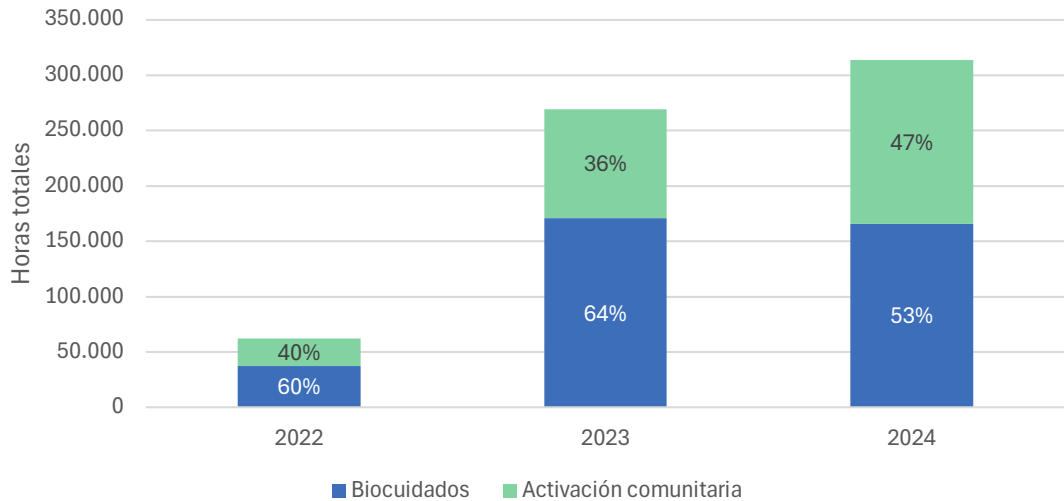
Para analizar las horas dedicadas a los distintos tipos de actividades desarrolladas durante el proyecto es posible distinguir el tipo de actividad que se implementó en estas horas. Estas se pueden clasificar entre horas de “Activación Comunitaria” y horas de “Biocuidados” que, en cierta medida distinguen entre las actividades que son más bien de activación de la comunidad, de aquellas más individuales o propias de las personas participantes, respectivamente. Más precisamente, **las actividades de activación comunitaria son aquellas que las profesionales del proyecto dedicaron a acciones referentes a la activación de la comunidad**: actividades grupales, activación de recursos, organización de vínculos y dinámicas que enriquezcan el intercambio y cuidado comunitario de las personas en el entorno. **Las horas de Biocuidados, en cambio, son las horas dedicadas al desarrollo de acciones previstas en los planes de vida de cada participante que no se realicen con esta dinámica grupal**, sino más bien de naturaleza individual.

En total, el 42% de las horas fueron dedicadas a horas de activación comunitaria y el restante 58% a horas de Biocuidados. En este sentido, es destacable el cambio en la distribución de estas horas a lo largo del desarrollo del programa. **En el año 2024, el último año de implementación, el número de horas de activación comunitaria alcanza a casi la mitad de la dedicación del proyecto, con el 47% del total de horas.**

Es posible observar también que, si bien durante 2023 la proporción de horas dedicadas a la activación comunitaria disminuye, el total de horas registra un claro aumento interanual en casi 4 veces el del año anterior. Esto se debe a que el trabajo durante 2022 fue en gran medida de diseño, organización e incorporación de personas al proyecto. En cambio, durante 2023 se

realizó un trabajo más individual, entre la profesional de referencia, la gestora del plan de vida y la persona participante para poder crear estos planes de trabajo, acordar acciones y hacer frente a las necesidades más básicas de las personas referidas. **Se puede interpretar que, en el año 2024, si bien siguieron ingresando algunas personas nuevas al proyecto, los equipos de Biocuidados pudieron enfocar un mayor esfuerzo en las actividades comunitarias, una vez que las necesidades básicas de las personas estuvieran mejor atendidas.** También, a medida que se acercaba el final del proyecto, las profesionales empezaron a consolidar los esfuerzos de activación comunitaria que podrían dar continuidad a la atención de necesidades y cuidados de las personas en sus territorios. En total, **las horas de atención media por persona en todo el proyecto son de 1.052 horas, de las cuales el 58% son de Biocuidados y el 42% son de activación comunitaria.**

Gráfico 19. Total de horas por tipo de dedicación por año de implementación.



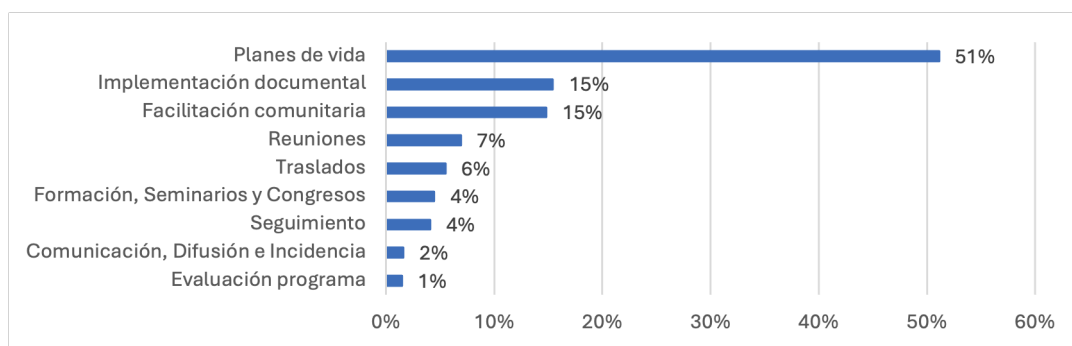
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER. Para el año 2022 solo se tienen en cuenta los meses de implementación, de marzo a diciembre y para el año 2024 solo se tienen en cuenta los meses de enero a julio, cuando se hizo el corte para este análisis.

Foco en la atención comunitaria

El desarrollo de tejido comunitario en el entorno rural ha sido uno de los objetivos de Biocuidados, al mismo tiempo que una de las estrategias de atención y cuidado de personas. Para poder analizar con más precisión este tipo de actividades, durante 2024 se realizó un análisis de las horas dedicadas a estas tareas con mayor detalle en dos CDR, el de O Viso y el de Montaña.

Este análisis permite concluir que, si bien las gestoras de planes de vida dedican la mitad de su tiempo a los planes de vida de las personas participantes, las tareas que le siguen con más horas de dedicación son las de facilitación comunitaria y la de implementación documental (**Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). A diferencia de ellas, las profesionales de referencia dedican la mayor parte de su tiempo a acompañamiento y atención directa, en línea con la definición de su rol, con solo 3% de su tiempo dedicado a la activación comunitaria.

Gráfico 20. Porcentaje de horas por dedicación en gestoras de plan de vida en Montaña y O Viso.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Al indagar sobre el tipo de tareas que implica la activación comunitaria es posible distinguir entre las actividades más frecuentes al trabajo en recursos comunitarios como parte de los planes de vida de las personas participantes, el mapeo de recursos, la facilitación de espacios de participación el desarrollo de redes y alianzas y la comunicación con entidades colaboradoras. El Gráfico 21 permite identificar que solamente el 29% de las horas medias mensuales dedicadas a la activación comunitaria están relacionadas con la atención directa y el plan de vida. El resto de tareas las realizan las gestoras de caso, sin contacto con la persona participante. Ello pone de manifiesto la carga de trabajo necesaria para activar la comunidad: en promedio unas 63 horas al mes de trabajo, en comparación con 26 de atención comunitaria directa.

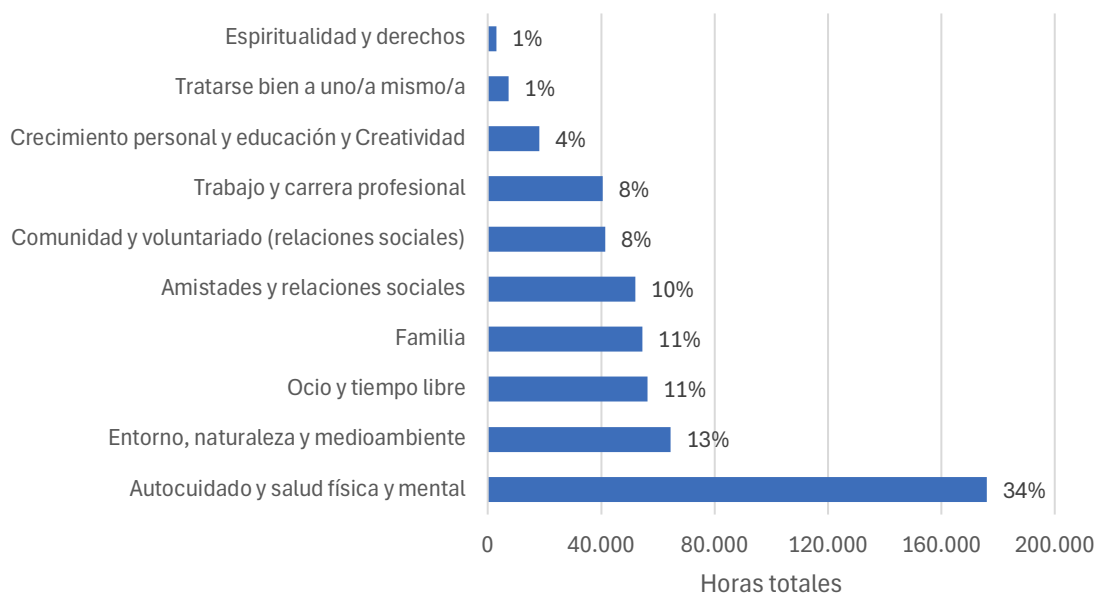
Gráfico 21. Distribución de horas promedio por tareas de activación comunitaria total en Montaña y O Viso.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER

Las horas de trabajo también pueden descomponerse por las áreas de valor a las cuales se vinculan. El [Gráfico 22](#) refleja que, en gran medida, estas coinciden con la distribución de áreas de valor registradas por las personas participantes: **la principal dedicación en horas, tanto como en frecuencia de registro, es la de autocuidado y salud física y mental, con el 34% del total de horas.** En segundo lugar, pero con más de 20 puntos porcentuales de diferencia, se encuentran las horas dedicadas a entorno, naturaleza y medio ambiente y, en tercer lugar, las de ocio y tiempo libre y familia, con 11% cada una y la de amistades y relaciones sociales, con el 10% del total de horas.

Gráfico 22. Total y proporción de horas por área de valor.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER. Nota: No todas las horas de trabajo están asociadas a áreas de valor, por lo que la suma de estas categorías no será igual al total de horas.

Dado que la naturaleza del tipo de acciones que se registran en cada familia es de esperar que cada una pueda presentar una composición muy distinta entre las horas de Biocuidados y las horas de activación comunitaria. El [Gráfico 23](#) es útil para analizar el tipo de acciones de cada familia. Así, es posible notar que el **área más frecuente y la de mayor dedicación de horas, la de autocuidado y salud física y mental, cuenta con casi dos tercios de sus horas de Biocuidados**, que, según se ha recogido en las descripciones de los cuadros de registro y las entrevistas a profesionales y personas participantes, se concentran en actividades que tienen que ver con apoyos para controles y tratamientos médicos, apoyo terapéutico y apoyo personal en el hogar. El restante tercio de horas dedicadas a la activación comunitaria en esta área de

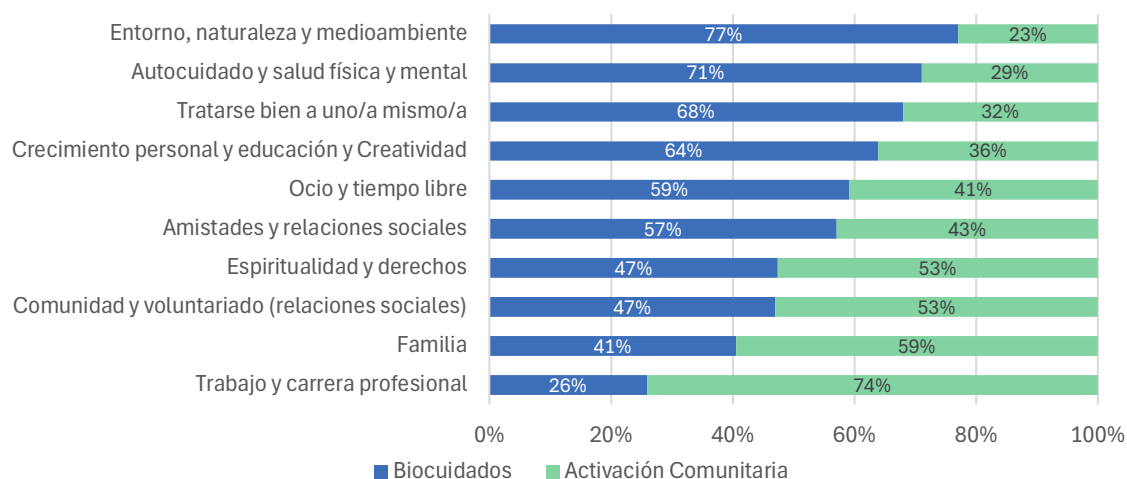
valor suelen estar vinculadas, sobre todo, a actividades de prevención de la salud, como actividades de envejecimiento activo y gimnasia, por ejemplo.

La segunda área de valor más frecuente en cuanto a cantidad de horas dedicadas es la de entorno, naturaleza y medio ambiente. Entre las actividades dedicadas a esta área se priorizan cuestiones como poder realizar actividades de paseos y caminatas por el pueblo o zonas naturales cercanas para las personas que tienen dificultades de movilidad, lo que les genera miedos y ansiedades a la hora de realizarlos solos. Sin embargo, esta área ha sido interpretada de distintas maneras y hay casos que también se realizan actividades que se refieren al entorno más cercano, a la vivienda y a sus condiciones de adaptación a problemas de movilidad o a realizar las acciones que sean necesarias para no tener que mudarse con familiares o a una institución. La mayoría de las acciones de esta área podría clasificarse como individuales, aunque también, en el caso de los paseos, estos podrían realizarse de manera grupal o comunitaria.

Por otro lado, el área de ocio y tiempo libre refleja una dedicación de horas de activación comunitaria algo mayor, con el 41% de las horas. Esto tiene sentido al tener en cuenta que el tipo de actividades que se reflejan en los planes de vida están relacionadas a actividades grupales, generalmente, vinculadas a temas como la música, el arte o el deporte.

Finalmente, las áreas de valor más vinculadas a la dimensión social, como la **de amistades, la de comunidad y voluntariado y la de familia**, por otro lado, cuentan ya con un porcentaje mucho más elevado de horas de activación comunitaria, con el 41%, el 53% y el 59% del total de las horas.

Gráfico 23. Distribución de horas por tipo entre cada área de valor.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Por otro lado, dados los factores de vulnerabilidad de distintos perfiles de persona, es lógico que la cantidad de horas de trabajo difiera en cada uno de ellos. En este sentido, el [Gráfico 24](#) permite identificar que **con las personas con problemas de salud mental se trabajó 2.089 horas de promedio individual, un 80% más que con el resto de los perfiles de personas participantes**. En este caso, las horas están divididas de manera casi igual, con el 51% de ellas dedicadas a acciones de Biocuidados y el 49% a acciones de activación comunitaria.

Los perfiles que le siguen en cantidad de horas por persona son el de "Otros" (que incluye, como se explicó anteriormente, a personas cuidadoras, principalmente jóvenes emancipados, y algunos otros perfiles variados) y el de personas con discapacidad. Ambos perfiles registran más de 1.150 horas de trabajo, aunque se observa una diferencia en la distribución de esas horas entre las actividades de Biocuidados y las de Activación Comunitaria. En el caso de las personas mayores, es notable que la cantidad de horas por persona es menor, en promedio, con solo 976 horas, aunque la distribución es sensiblemente distinta. En este caso, la mayoría de las horas (el 64%) pertenecen a Biocuidados. Según lo recogido en las entrevistas con profesionales, esto puede deberse a que las actividades de activación comunitaria usualmente son actividades de tipo grupal, y en lugares comunes, a los que las personas mayores pueden tener dificultades para trasladarse por limitaciones de movilidad o salud, entre otras. Cuando se trata de este colectivo, en el caso de personas muy mayores, las personas profesionales de los CDR describen que en general las actividades se desarrollan en el propio domicilio.

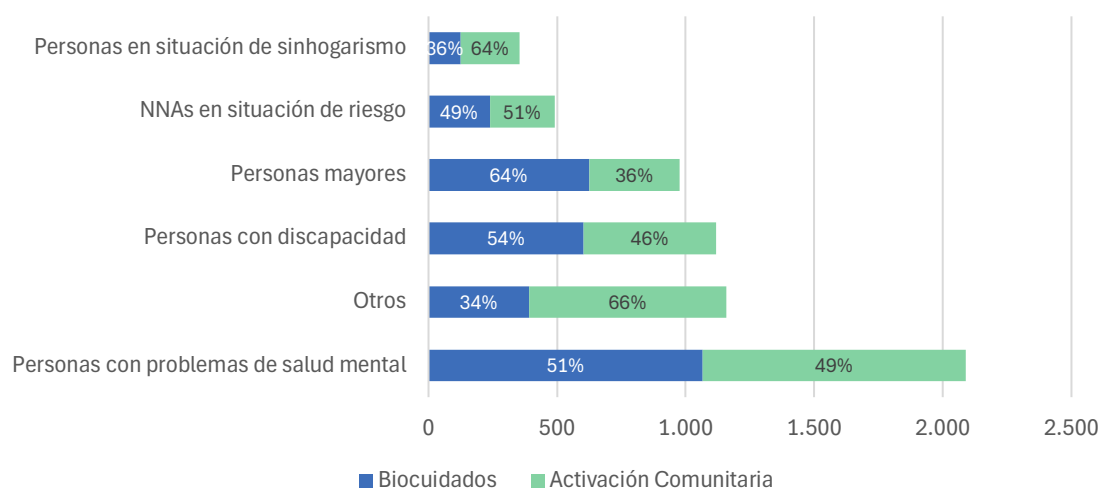
En el caso de los niños, niñas y adolescentes, las horas son casi la mitad que para el grupo anterior, con 490 horas por persona en promedio, divididas casi a la mitad entre Biocuidados y Activación Comunitaria. Finalmente, con el colectivo de personas en situación de sinhogarismo se trabaja un promedio de 354 horas por persona, con una mayoría del 64% de horas de activación comunitaria, lo que puede reflejar un menor acceso a las personas, dado que en este caso se trata de personas que están o han estado en prisión.

Otro aspecto relevante a notar sobre la distribución de las horas, es la dimensión de género. En total, en el proyecto de Biocuidados dedica casi un 30% más de horas en personas participantes mujeres. Sin embargo, esto se debe a que estas son la mayoría de las personas participantes. En cambio, al tener en cuenta las horas medias por persona, el proyecto dedicó una media de 1.089 para los hombres y 1.011 para las mujeres. Si bien para ambos, la mayoría de horas de

Biocuidados, las mujeres presentan un porcentaje más alto, con el 59% del total en este tipo de actividades, frente al 56% de los hombres. Esta diferencia puede deberse a que, en gran medida, las mujeres participantes suelen ser del colectivo de personas mayores, que, como se ha mencionado anteriormente, suelen participar más frecuentemente de actividades individuales y de cuidado,

Finalmente, es importante destacar que **los CDR que han trabajado con más de tres perfiles por persona son aquellos que presentan una mayor proporción de horas dedicadas a actividades de activación comunitaria, alcanzando el 47% del total de horas asignadas a este tipo de actividades**, aunque por un margen pequeño. Es posible que esto se deba a que, al trabajar de manera más transversal, resulta necesario realizar tareas grupales que fomenten la conexión y vinculación entre personas con distintas necesidades, integrando estas interacciones como parte esencial del acompañamiento y cuidado de las personas participantes. Asimismo, estos CDR también se caracterizan por ser aquellos que dedican más horas promedio por participante – 40% más que aquellos que trabajan con 3 perfiles y casi 4 veces más que los que trabajan con menos de tres perfiles de personas. Es posible que al trabajar con personas con necesidades tan divergentes la actividad se esté adaptando más fielmente a las necesidades de cada uno y no a un servicio más prefijado y que esto sea más trabajoso y, por lo tanto, más intensivo en horas. Además, es una demostración de que, aunque más costoso en horas, el trabajo comunitario de tipo transversal en el ámbito rural, sin identificación de perfiles concretos para los cuidados, es posible.

Gráfico 24. Media de horas por persona por perfil de participante y distribución por tipo de horas.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Por último, mediante las entrevistas a personas participantes es posible incorporar su perspectiva respecto de la calidad de las actividades realizadas. En total, **el 96% de las personas reportan que el proyecto generalmente se adaptó a sus necesidades. El 87% afirman que esto se hizo siempre, con el restante reportando que “casi siempre”**. Las repuestas no varían significativamente por perfil de persona atendida o CDR de implementación, lo que indicaría que las personas profesionales del proyecto pudieron llevar a cabo de manera fiel los principios clave de la AICP en la que se basa el proyecto de Biocuidados.

4.2 Evaluación de los resultados

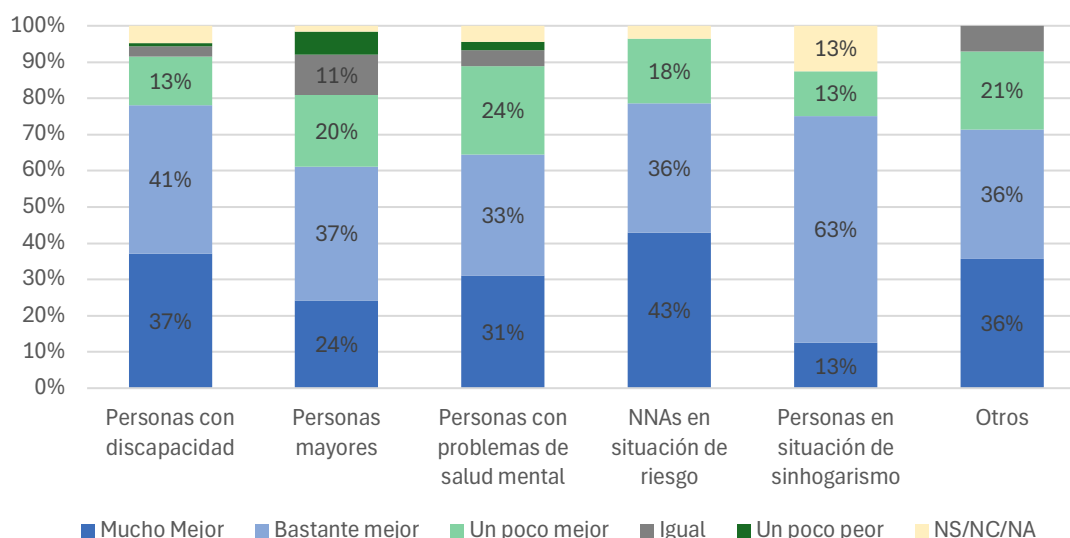
4.2.1 Resultados en las personas participantes

Para analizar los cambios vinculados al proyecto de Biocuidados, se realizaron entrevistas a las personas participantes aproximadamente a los 6 meses de participación y a los 12 meses. Estas entrevistas recogían la percepción sobre la evolución en las distintas áreas de valor, pero también aspectos generales de la satisfacción del proyecto. En total se cuenta con datos del 82% de las personas participantes del proyecto, que en gran medida reportan una satisfacción alta con su participación en el proyecto y sus resultados. En este sentido, el dato más general es que en la última entrevista disponible para cada participante, **el 85% de las personas reporta encontrarse mejor desde que comenzó el proyecto. De hecho, el 18% del total reporta sentirse “Un poco mejor”, el 38% “Bastante mejor” y el 29% “Mucho mejor”⁴**.

Si se analizan las repuestas por perfil de participante (**Gráfico 25**), es posible notar que, en promedio, el porcentaje de personas que dice sentirse mejor es superior al 90%, con la única excepción de las personas mayores, en donde al sumar las categorías de “un poco”, “bastante” y “mucho” mejor se concluye que el 81% está mejor. Esta diferencia es comprensible, ya que el estado de salud y la movilidad de las personas mayores tienden a verse afectados por el paso del tiempo. A medida que envejecen, es más probable que experimenten cambios físicos y de salud que pueden limitar su capacidad para percibir mejoras significativas, a pesar del apoyo recibido.

⁴ Es importante considerar que, en las segundas entrevistas, algunas personas participantes podrían estar comparando su estado actual con su percepción en la primera entrevista. Este factor puede haber influido en que se observen menos mejorías aparentes, dado que las expectativas o progresos reportados inicialmente podrían estar afectando la percepción de cambio en la segunda evaluación.

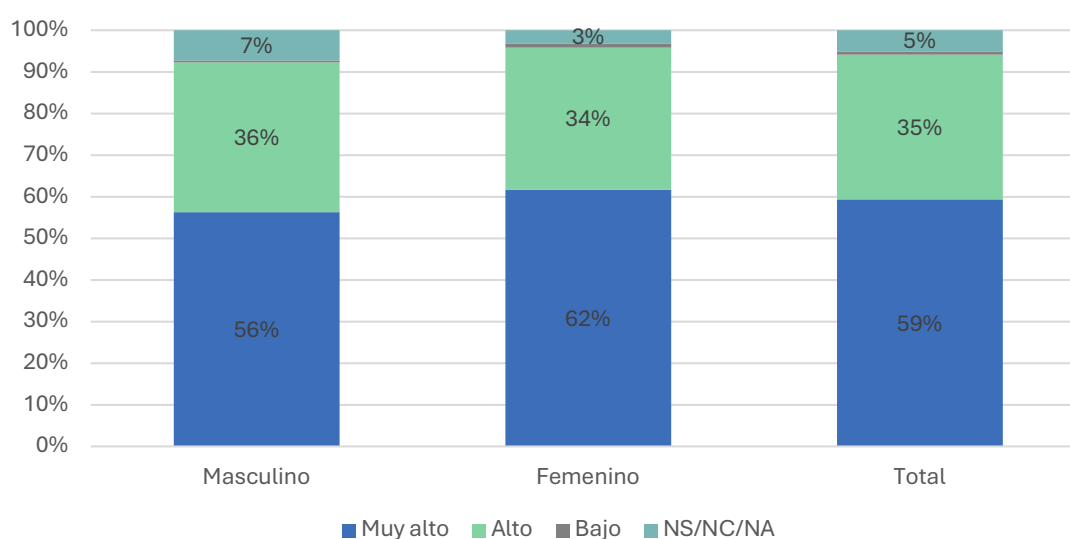
Gráfico 25. Percepción de evolución de situación a partir de Biocuidados.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

De todos modos, **el 94% de las personas reporta tener una satisfacción global con el proyecto alta** (Gráfico 26), incluso para las personas mayores, que la califican así en el 95% de los casos. Los valores son consistentes por género, como se puede apreciar en el gráfico, aunque las mujeres reportan en mayor medida una satisfacción “muy alta”. Esta satisfacción también se refleja en cuanto a la medida en que las personas reportan que se ha cumplido con sus expectativas, lo cual es positivo en más del 90% de los casos.

Gráfico 26. Satisfacción global con Biocuidados por género.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Aunque la satisfacción general con el proyecto es consistentemente alta, con valores positivos superiores al 90%, se observan algunas variaciones. En particular, solo el 56% de los hombres califica su satisfacción como "muy alta", en comparación con el 62% de las mujeres. Esta diferencia podría estar relacionada con la composición de género entre los distintos perfiles de participantes, ya que las personas mayores, que tienden a ser mayoritariamente mujeres, han reportado niveles más altos de satisfacción con el proyecto, a pesar de que es este mismo perfil el que tiene una percepción de la evolución de su situación por debajo del resto.

En conclusión, al calificar al proyecto con un valor entre el 1 y el 10, **las personas participantes promedian al proyecto en un 9,2, con un 57% del total de personas que puntuaría a Biocuidados con un 10**, el 19% lo puntuaría con un 9 y el 17% con un 8.

Para comprender cuáles son los componentes de estos altos grados de satisfacción, por un lado, y de la percepción positiva del cambio a partir de la participación en el proyecto de Biocuidados, por otro, es posible conocer la **percepción de la evolución de las personas participantes en cada una de las áreas de valor en las cuales se planificaron acciones**. Así, a continuación, se presentan los efectos reportados por las personas en las áreas de autocuidado y salud, ocio y tiempo libre, trabajo y carrera profesional, trato de uno mismo, crecimiento personal y educación, espiritualidad, amistades y relaciones sociales, comunidad y voluntariado, entorno y naturaleza y familia. Estos resultados se reportan tanto para la primera entrevista – a los 6 meses de la entrada al programa y para la segunda entrevista, a los 12 meses, en caso de que las personas hayan llegado a esta instancia.

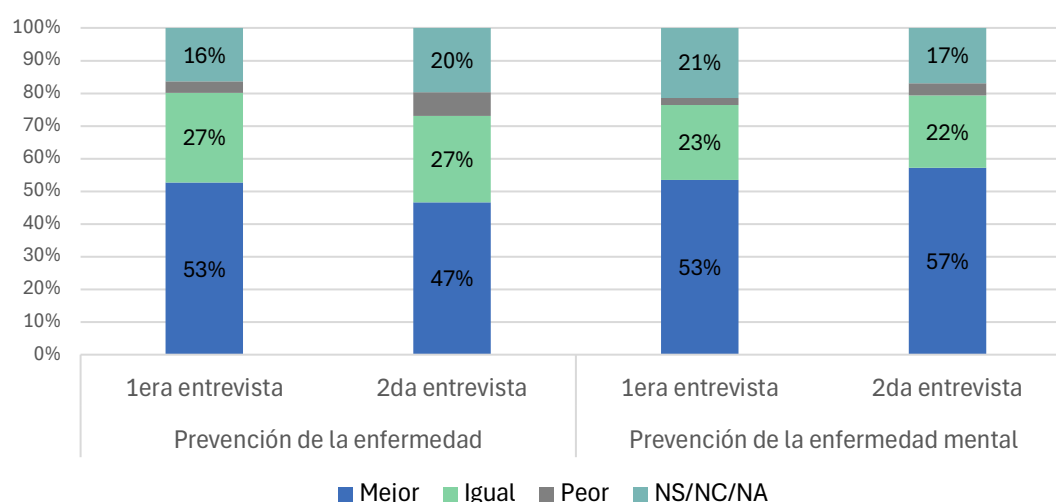
Autocuidado y salud física y mental

El área de valor de autocuidado y salud mental y física es el área más frecuente señalada por las personas participantes – con más del 30% de ellas haciendo foco en estos componentes para el desarrollo de actividades en el proyecto. Es por eso por lo que es importante recalcar que, al ser consultados por la evolución de su salud **en términos de prevención de enfermedad en general y de prevención de enfermedad mental, la mayoría de las personas consultadas ya reportaba estar mejor en su primera entrevista** – aproximadamente a los 6 meses de entrar en el programa (**Gráfico 27**), con el 53% de las personas participantes reportando estar mejor. En la segunda entrevista, sin embargo, las proporciones difieren. Mientras que, en el caso de

enfermedad, la proporción baja ligeramente, al 47%, para el caso de enfermedad mental se incrementa hasta al 57% la cantidad de personas que reportan mejorías.

Al ser consultados por el papel que el proyecto de Biocuidados cumplió con estos resultados, el 44% de las personas afirman, en la primera entrevista, que éstos estaban bastante o muy ligados a él y, en la segunda, un 49%. Un ejemplo concreto de este impacto se observa en el trabajo realizado por Puertas Abiertas, donde se han implementado cambios en las rutinas de autocuidado de algunos participantes que, según el propio equipo de profesionales, se podrán mantener una vez finalizado el programa. En particular, se establecieron y reforzaron rutinas de higiene y cuidado personal con el objetivo de generar mayor autonomía entre las personas participantes.

Gráfico 27. Efectos en personas participantes en el Área de Autocuidado y Salud Mental y Física.

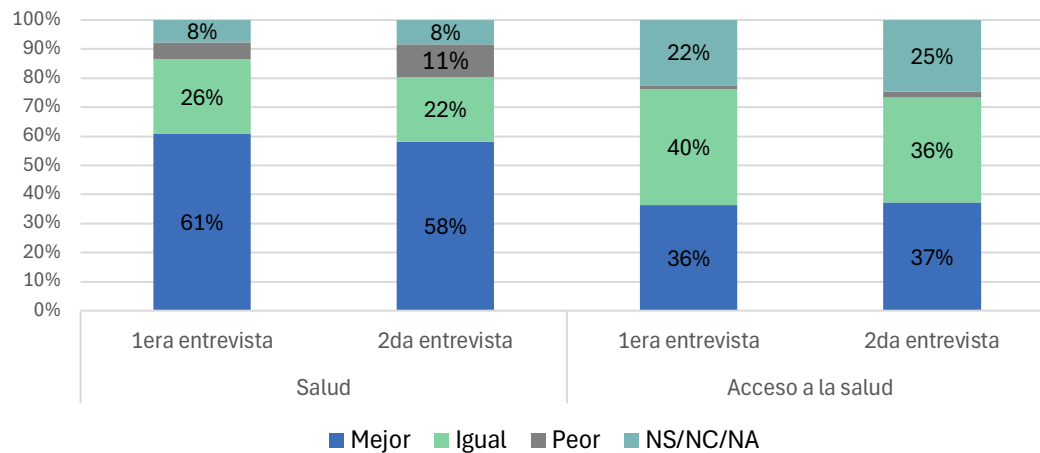


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Por otro lado, también se les consulta a las personas participantes sobre la evolución de su estado de salud y al acceso a la salud. Como refleja el [Gráfico 28](#), la gran mayoría de las personas refleja mejoras en la salud – en el 61% de los casos a los 6 meses y en el 58% a los 12 meses. Estos resultados son especialmente significativos dado que la mayoría de las personas participantes son personas mayores y que es probable que estas sumen dificultades de salud con el tiempo.

En el caso de acceso a la salud la proporción de personas que reporta mejoras es algo más baja (36%), pero un alto porcentaje de las personas (del 22 o el 25% dependiendo de la entrevista) sin contestar la pregunta.

Gráfico 28. Efectos reportados por las personas en la dimensión de salud.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Para poder indagar más sobre las características de estos cambios, se analiza cuáles fueron las respuestas según el perfil de las personas participantes. En este sentido, no se han detectado diferencias relevantes en esta área según el género de las personas participantes.

En cuanto a los colectivos de personas participantes, se manifiesta que en todos los grupos entre el 40 y el 50% de las personas informa de mejoras en la prevención de la enfermedad, y en el caso de la prevención de la enfermedad mental, estas proporciones son más elevadas, con un promedio que supera el 60%. Sin embargo, como se puede percibir en el

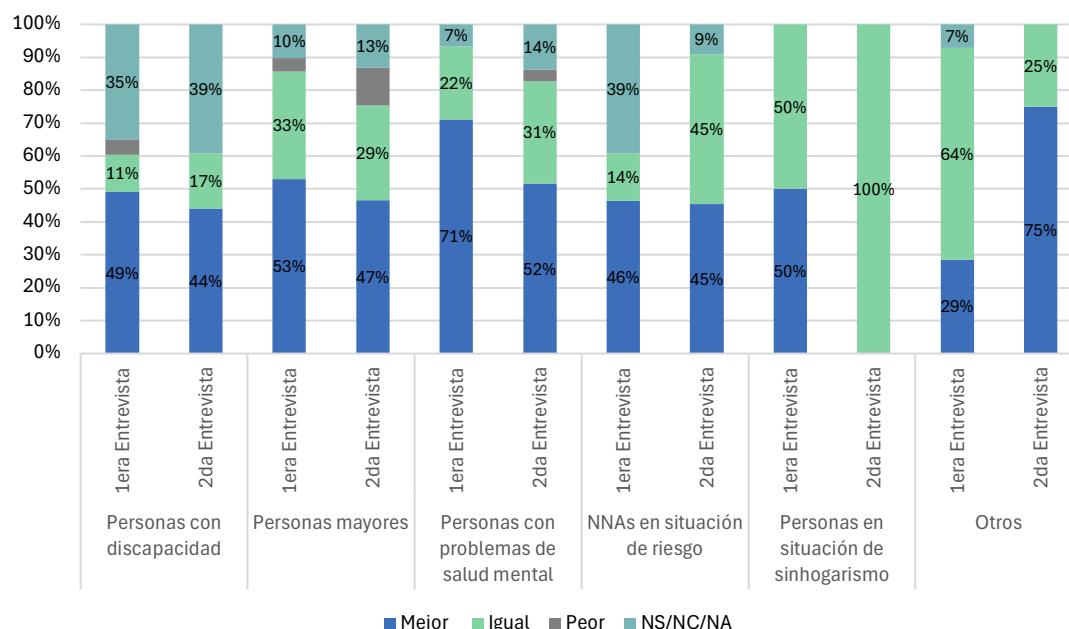
Gráfico 29, en el caso de las personas con problemas de salud mental, los porcentajes de quienes experimentan mejoras en esta área son considerablemente más elevados. En cuanto a la prevención de enfermedades, el 71% de las personas ya manifiestan mejoras en la primera entrevista, y un 52% en la segunda. Para la prevención de enfermedades mentales, estas proporciones son del 73% y el 66%, respectivamente. Del mismo modo, las mejoras en términos de salud y acceso a la salud son más significativas para este grupo en comparación con otros colectivos, con alrededor del 74% notando mejorías en el primer caso y un 60% en el segundo, lo que representa diferencias superiores a los 20 puntos porcentuales. En entrevistas con profesionales y algunas personas participantes de este colectivo, se destaca el enfoque individualizado, ya sea a través de apoyo para la autonomía o mediante sesiones de terapia, lo que podría explicar las mejoras observadas. En todos los territorios se subrayaron los obstáculos para la atención de estas personas, especialmente en aquellos casos no institucionalizados, que enfrentan largos retrasos para recibir atención o conseguir turnos con profesionales de salud pública, haciendo que los apoyos de Biocuidados se vean reflejados en estas percepciones de mejora registradas.

Para las personas en situación de sinhogarismo, se observan mejoras en el 50% de los casos durante la primera entrevista. Sin embargo, solamente una persona respondió a la segunda entrevista, por lo que, tanto en esta dimensión como en las siguientes, este valor no debe considerarse representativo.

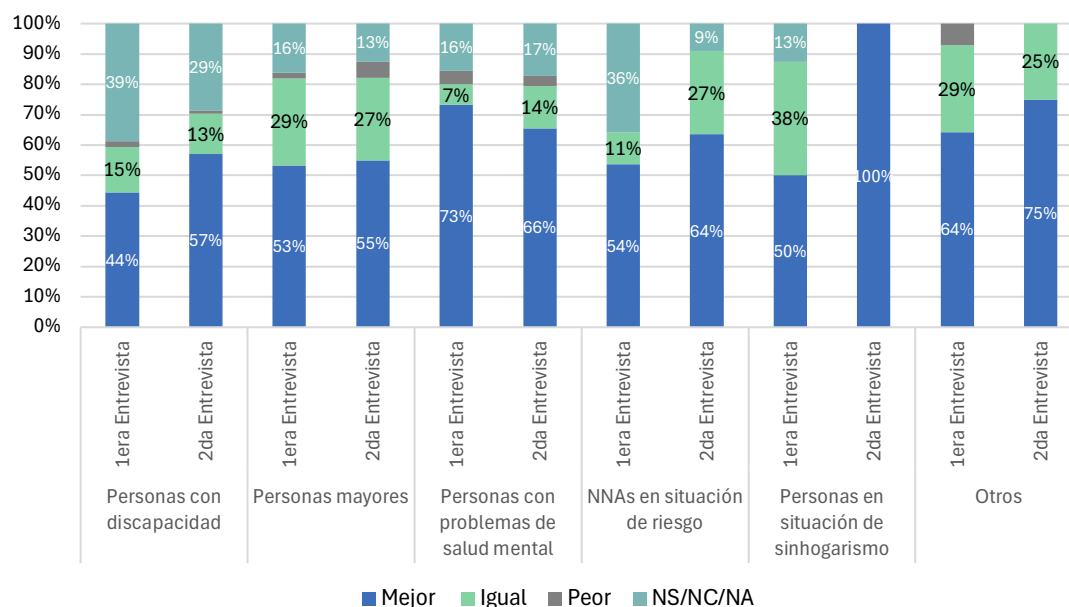
Por otro lado, para entender la dinámica de estos efectos también se explora si estos están vinculados de alguna manera a la transversalidad de trabajo del CDR. Es decir, si el hecho de que el CDR trabaje con más o menos perfiles de personas afecta de alguna manera a estos resultados. Para eso se han dividido a los CDR entre aquellos que trabajaban con menos de 3 perfiles, 3 perfiles o más de 3 perfiles de personas. Con esta clasificación **se destaca que aquellas personas que participaron del proyecto en los CDR más transversales – aquellos con más de 3 perfiles participantes – presentan mejoras en mayor proporción que en el resto de las categorías de CDR.** Así, en estos CDR y para la primera entrevista, el 59% de las personas presentan mejoras en cuanto a prevención de la enfermedad y el 62% presentan mejoras en la prevención de la salud mental. Para la enfermedad en general, estos valores son de 53% para las personas en CDR menos transversales y de 45% para prevención de la enfermedad mental.

Gráfico 29. Efectos en área de autocuidado y salud en primera y segunda entrevista por perfil de persona participante.

Panel A: Efectos en prevención de salud



Panel B: Efectos en prevención de salud mental



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Por último, es importante notar un patrón que se repetirá en algunos casos, en donde las segundas entrevistas reportan proporciones menores de mejora que la primera entrevista. Estos resultados pueden interpretarse de dos maneras distintas. Por un lado, es posible que las personas se encuentren peor al año de haber ingresado al programa que a los seis meses,

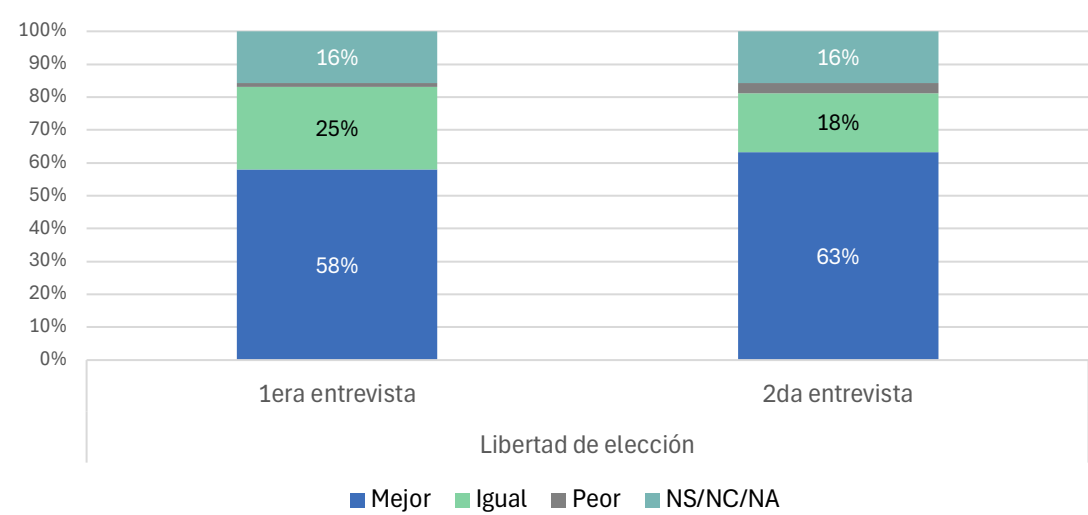
porque, efectivamente, haya condiciones que hayan empeorado en su vida, por el paso del tiempo en sí, que agraven alguna condición de salud, por ejemplo, u otros motivos cualesquiera que sean. Por otro lado, también es posible que las personas reporten valores algo menos positivos en la segunda entrevista porque la comparación la estén haciendo con un estado ya positivo de la primera y que, en relación a esta, no haya mayores mejoras.

Ocio y tiempo libre

El área de ocio y tiempo libre se refiere a la libertad de las personas participantes de elegir y disfrutar de actividades de ocio con otras personas y sin diferenciaciones de ningún tipo. Es, también, la segunda área más seleccionada por las personas participantes de Biocuidados en sus planes de vida, con 302 de las 613 personas participantes – casi el 50% del total.

El [Gráfico 30](#) refleja que, a los 6 meses de participación, las personas experimentan mejoras en cuanto a la libertad en su ocio y tiempo libre en el 58% de los casos. Esta proporción crece con el tiempo, alcanzando al 63% de las personas participantes a los 12 meses. Alrededor del 50% de las personas entrevistadas atribuyen estos cambios a su participación en el proyecto.

Gráfico 30. Efectos en el área de ocio y tiempo libre en primera y segunda entrevista.

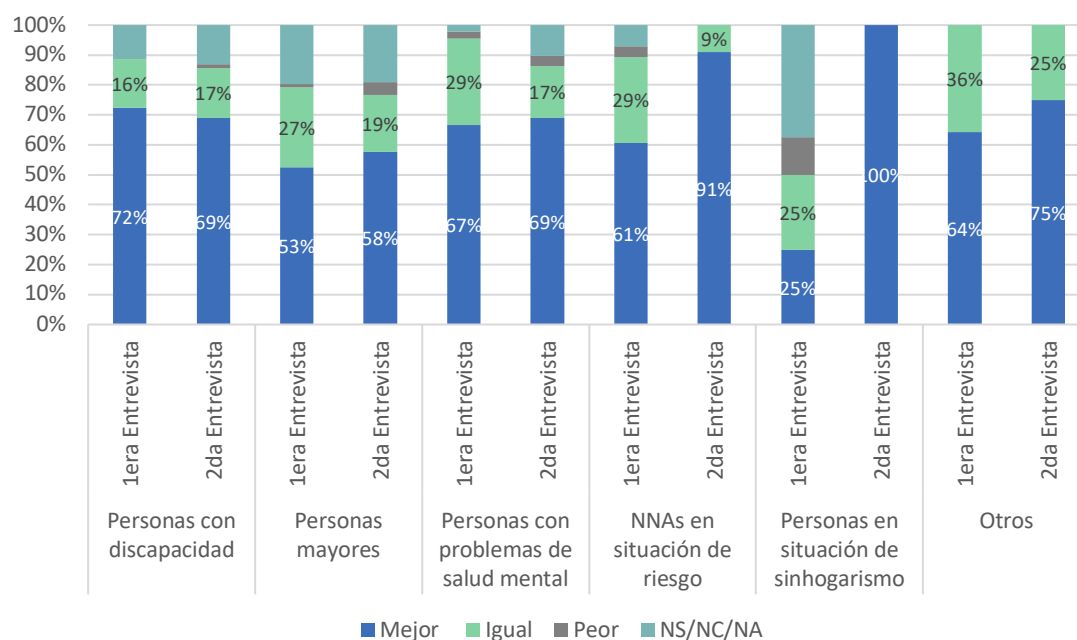


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Al examinar las diferencias entre las personas participantes en cuanto a los efectos observados, se puede notar que no hay variaciones significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, emergen algunas diferencias en otros ámbitos ([Gráfico 31](#)). **En primer lugar, es notable que, para las personas con discapacidad, estas mejoras se han dado en mayor proporción**, con un 72% reportando avances ya en la primera entrevista. Por otro lado, las

personas con problemas de salud mental mostraron mejoras en el 67% de los casos en la primera entrevista, y este porcentaje aumentó al 69% en la segunda.

Gráfico 31. Efectos en el área de ocio y tiempo libre en primera y segunda entrevista según perfil de persona participante.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

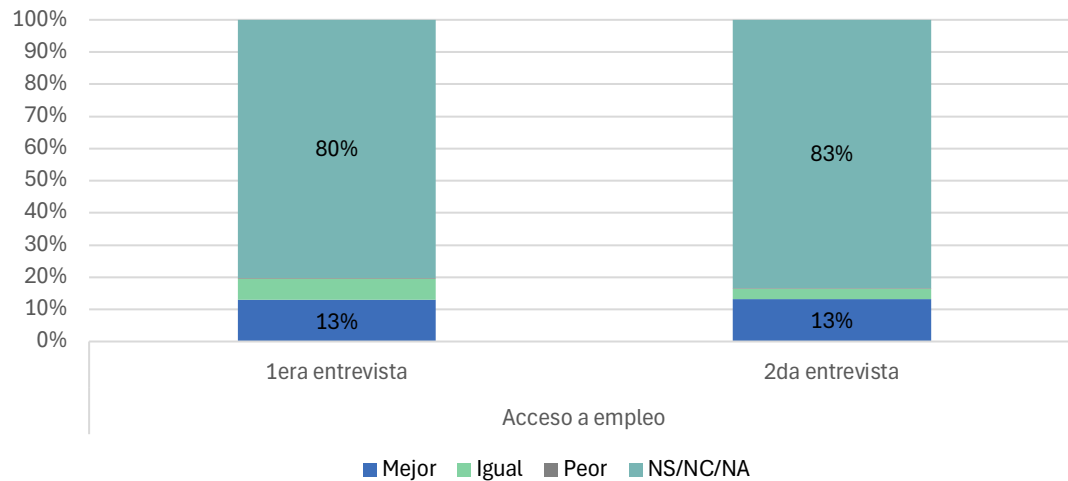
Estas mejoras diferenciadas entre los grupos podrían reflejar el enfoque del trabajo realizado, especialmente a nivel comunitario, para incluir a personas con perfiles diversos en actividades grupales y comunitarias. A través de la gestión de recursos territoriales y el acompañamiento individualizado, en CDR como EDES, que trabajó con jóvenes con discapacidad, y en Alt Maestrat y O Viso, con personas con problemas de salud mental, se puso un fuerte énfasis en la inclusión y en el desarrollo de actividades conjuntas que involucraran a personas con distintos perfiles.

Trabajo y carrera profesional

Para analizar los efectos en el trabajo y la carrera profesional se consultó a las personas participantes sobre los cambios en cuanto al acceso a un empleo que produzca sentimientos positivos, motivación y mejora del nivel económico, social y personal. Esta es un área de trabajo priorizada por algunos colectivos particulares, dado el momento vital en el que se encuentran. Así, el 51% de los niños, niñas y adolescentes la priorizaron, en conjunto con el 43% de las personas con problemas de salud mental. El Gráfico 32 refleja este hecho, dado que hay un

porcentaje muy importante de personas que reporta no saber o que no le corresponda responder sobre cambios en esta dimensión, atribuible a personas mayores o no activas en el mercado de empleo.

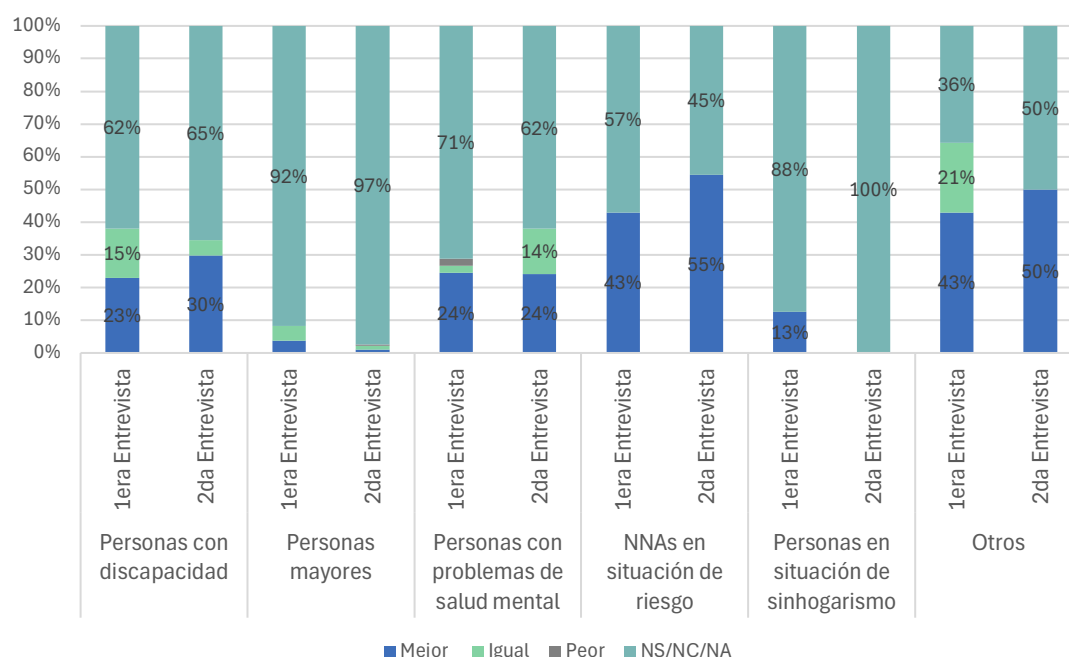
Gráfico 32. Efectos en el área de Trabajo y carrera profesional en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Así, el [Gráfico 33](#) refleja cambios percibidos sobre todo en estos colectivos, además de entre la categoría “Otros”. En el caso de niños, niñas y adolescentes en riesgo se reporta que el 43% de ellos percibe mejoras en la primera entrevista y hasta el 55% en la segunda, lo que refleja que entre estos dos momentos se han avanzado en las perspectivas de empleo planteadas inicialmente, lo cual suele ser un proceso que lleva tiempo. En el caso de las personas con discapacidad, las mejoras son en mucho menor proporción, pero también crecientes, con el 23% de las personas mostrando mejoras en la primera entrevista y un 15% reportando que no hay cambios. En la segunda, sin embargo, la mejora alcanza al 30% del grupo y la categoría de “igual” se reduce a solo el 5%.

Gráfico 33. Efectos en el acceso al empleo entre primera y segunda entrevista por perfil de persona participante.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Otra diferencia relevante en cuanto a los cambios en esta área según el perfil de participantes tiene que ver con el género. En la primera entrevista los hombres reportan mejorías en el 17% de los casos, cuando las mujeres lo hacen solo en el 7%. Esto se acentúa en la segunda entrevista, en donde los hombres indican mejorías en el 23% de los casos, 16 puntos porcentuales más que las mujeres. Este resultado es coherente con la composición de las personas participantes, ya que entre los niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad, predomina la participación masculina. Por ejemplo, en el CDR EDES, orientado a personas con discapacidad psíquica e intelectual, se comentó en entrevistas grupales que su público objetivo es mayoritariamente masculino, en la misma línea que ocurría en L'Olivera.

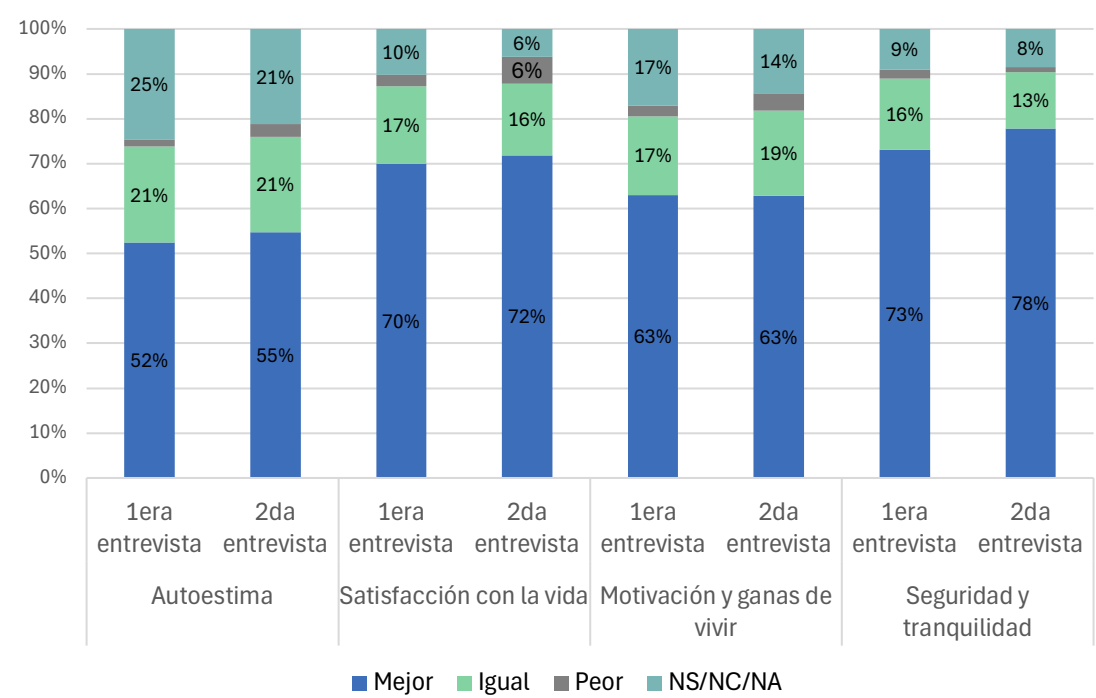
Tratarse bien a uno/a mismo/a

Esta área incluye el bienestar personal en cuanto a salud emocional, tranquilidad y seguridad y autoestima. Si bien es una de las áreas que, como se verá, los profesionales y las personas reportan más mejorías, es una de las áreas menos señaladas en los planes de vida de las personas participantes.

El [Gráfico 34](#) muestra que esta área es donde se observan las mayores mejoras entre las personas participantes. En particular, en lo que respecta a la autoestima, uno de los componentes principales de esta dimensión, se destaca que en la primera entrevista el 52% de las personas reportan mejoras, aumentando al 55% en la segunda.

Las otras variables incluidas se refieren más a las posibles consecuencias del área que a sus componentes directos. Así, se observa que consistentemente más del 70% de las personas experimentan mejoras en su satisfacción con la vida, con un aumento de dos puntos porcentuales entre la primera y la segunda entrevista. En cuanto a la motivación y las ganas de vivir, el 63% de las personas participantes muestran avances en ambas entrevistas. Por otro lado, la seguridad y tranquilidad es el componente con las mejoras más destacadas, con un 73% de personas que indican avances en la primera entrevista, incrementándose en cinco puntos para llegar al 78% en la segunda.

Gráfico 34. Efectos en el área de tratamiento de uno mismo y bienestar en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

La esfera emocional se destaca como una de las dimensiones más mencionadas positivamente por el equipo profesional en cuanto a los efectos de Biocuidados sobre las personas participantes. Los términos más frecuentemente subrayados son los aumentos en la

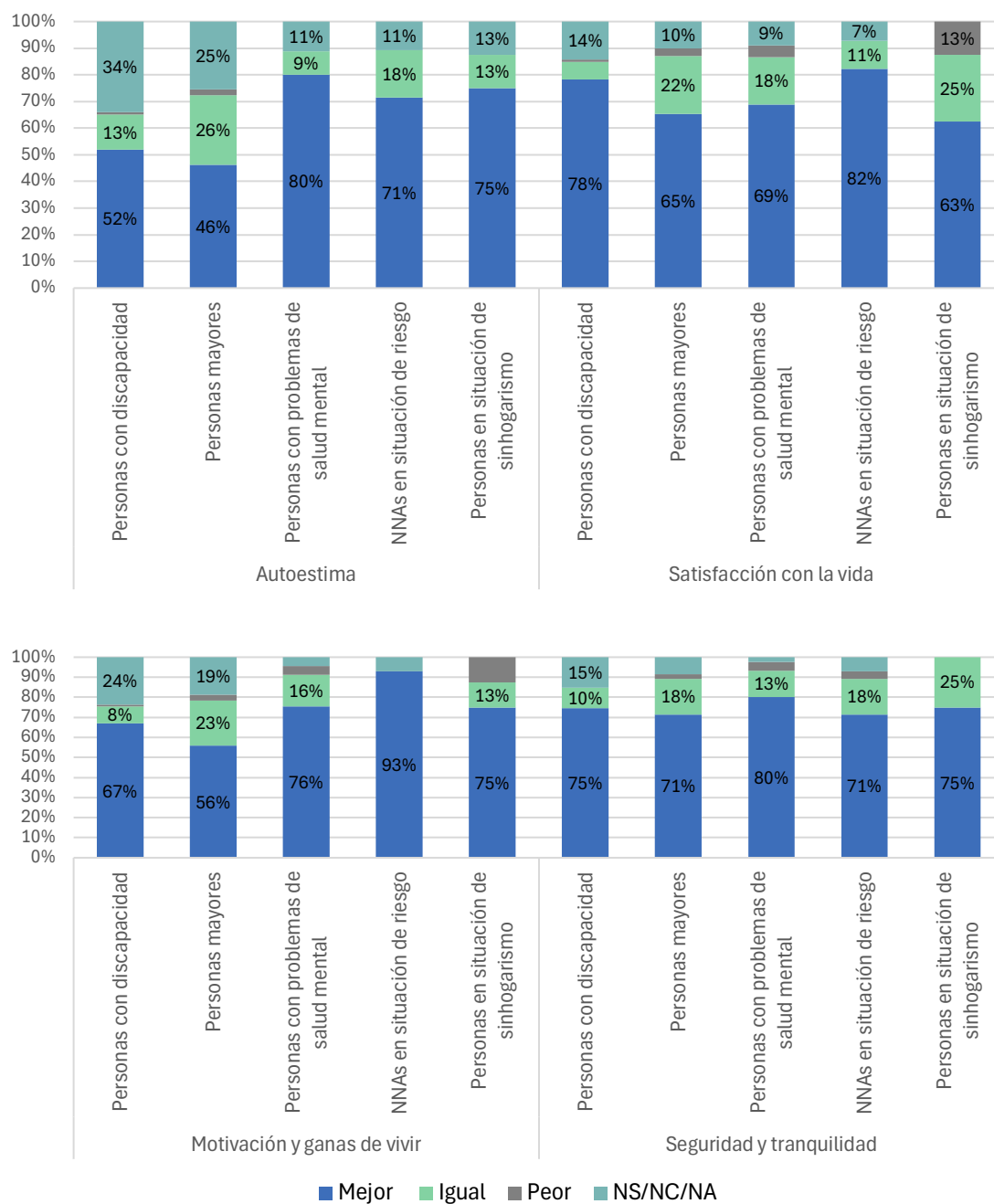
motivación y el estado de ánimo, especialmente entre las personas mayores. Las personas profesionales asocian estas mejorías con una disminución de los sentimientos de soledad, en las personas mayores, y con un aumento en la capacidad de decisión, autonomía e independencia en las personas con problemas de salud mental. En ambos casos, también se observan mejoras en la autoestima, lo que, según informan, influye positivamente en los vínculos sociales. Las personas participantes entrevistadas destacan la importancia de contar con referentes con quienes compartir tiempo y en quienes apoyarse en cuestiones de salud o necesidad. Entre las personas mayores, se subraya que su participación en Biocuidados les ha generado mayor motivación, facilitada por la interacción con otras personas y el cambio en su rutina diaria.

Más allá de la generalizada valoración positiva en los cambios en esta área, es importante analizar en qué personas se están reflejando estas mejoras. En este sentido, como se destaca en el [Gráfico 35](#) el perfil de niños, niñas y adolescentes sobresale sobre el resto. En la primera entrevista, presentan en proporciones más amplias mejoras en las variables de autoestima (con el 71%), satisfacción con la vida (82%) y motivación y ganas de vivir (con el 93%). De hecho, todas estas proporciones aumentan en la segunda entrevista, superando todavía más ampliamente las medias entre las personas participantes. En los CDR donde se trabaja con este colectivo se destaca que parte del valor agregado de Biocuidados es el rol híbrido del profesional del proyecto, que no es una figura de autoridad, como podrían ser representantes de Servicios Sociales o de la escuela, pero tampoco son vínculos familiares. En contraposición, representan una figura de referencia intermedia, de cercanía, que puede actuar de mediadora entre ellos/as y otros recursos o instancias de una manera más flexible.

Por su parte, en la variable de seguridad y tranquilidad, la proporción de mejoras es más grande para otros grupos, sobre todo para las personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad y personas en situación de sinhogarismo. En este sentido, es posible deducir que la variable de seguridad y tranquilidad es más importante para aquellos perfiles en los que se trabajó más fuertemente su necesidad de inclusión en la sociedad, como es el caso de estos colectivos. En este sentido, en los grupos focales realizados en los CDR que trabajan con estos colectivos se destaca que mediante el trabajo de acompañamiento más cercano e individualizado se ha reforzado la autoestima de estas personas y en su tranquilidad general, a partir de estas mejoras se han animado a salir más por fuera de los ámbitos de la vivienda o la residencia y que esto los hace más felices. Especialmente, en el caso de las personas que ya se encuentran institucionalizadas, este acompañamiento implica más oportunidades de salida e interacción por fuera del centro, lo cual es muy apreciado.

Por último, las diferencias de efectos por perfil en cuanto al género no son significativas en ninguna de las variables relacionadas con esa área, con excepción de la de motivación. En este caso los hombres reportaron mejorías en el 67% de los casos, mientras que las mujeres solo lo hicieron en el 61%. Estas diferencias pueden estar vinculadas a la edad de las personas participantes de los distintos grupos. Del mismo modo, no se observan grandes diferencias según la transversalidad del CDR, lo cual indica que este es uno de los principales efectos del programa y que ocurre de manera generalizada independientemente del modelo de intervención.

Gráfico 35. Efectos en el área de tratarse bien a uno mismo según perfil de la persona participante (primera entrevista).



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

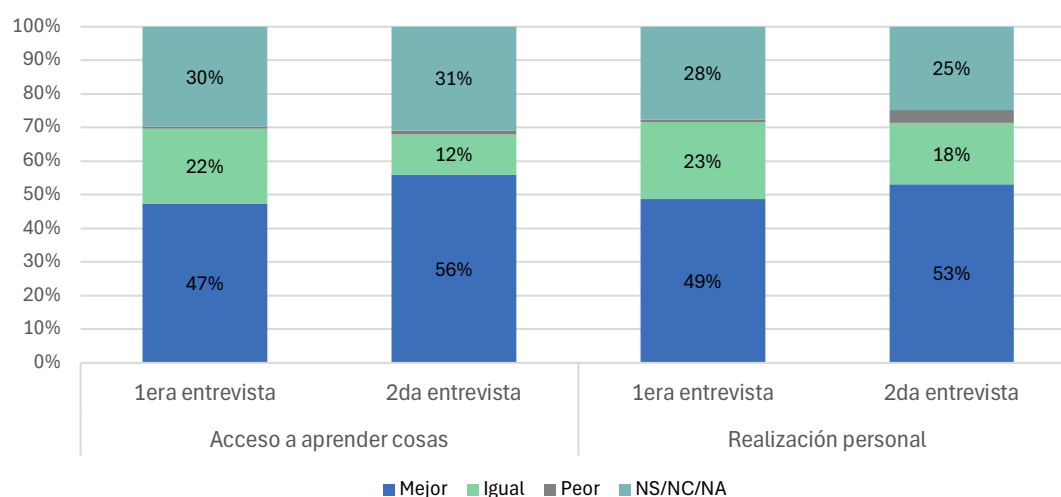
Crecimiento personal y educación y creatividad

El área de crecimiento personal y educación y creatividad está relacionada al acceso al aprendizaje y a la realización personal intelectual, física y social. Alrededor de un cuarto de las personas participantes la señalaron como prioritaria en sus planes de vida.

El [Gráfico 36](#) muestra los efectos comunicados en el acceso a aprender cosas y la realización personal. **En el primer caso el 47% de las personas reporta mejoras en la primera entrevista, para subir casi 10 puntos, hasta el 56% en la segunda.** En ambas ocasiones, hay un porcentaje relevante de personas (30%) que no contesta o no considera pertinente esta área para sí misma, lo cual puede reflejar que no es una de las áreas más seleccionadas entre las personas participantes.

En cuanto a la realización personal, el 49% de las personas reportan mejoras en la primera entrevista, aumentando al 53% en la segunda. Aunque esta variable es más general, el porcentaje de personas que no responde es ligeramente menor. Sin embargo, también es mayor el porcentaje de quienes consideran que su situación se ha mantenido igual a lo largo del tiempo.

Gráfico 36. Efectos en crecimiento personal, educación y creatividad en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Al analizar estos resultados por perfil de personas participantes es posible notar en el Panel A del

[Gráfico 37](#) que **son los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo los que están reportando en mayor proporción mejorías en cuanto a su acceso a nuevos aprendizajes, con porcentajes elevados, del 89% y 91% para la primera y segunda entrevista,** respectivamente. Estas proporciones pueden estar reflejando que este perfil de participante está típicamente en edad de formación y, según lo reportado por los CDR que trabajan más con este colectivo como lo son Grío y La Safor, por ejemplo, gran parte del apoyo se da en la gestión de recursos

educativos o de formación para que se adapten a las necesidades y posibilidades de cada uno. En este sentido, también se destaca, sobre todo, en la segunda entrevista, **un porcentaje importante de personas con discapacidad reportan mejorías**. En este caso, también existe un número importante de personas que están en edad de formación y en proceso de vinculación al mercado laboral por lo que se ha trabajado de manera prioritaria este acceso a nuevos aprendizajes. Un ejemplo práctico es el caso de L'Olivera, una cooperativa que promueve la integración social y la promoción personal de personas con discapacidad. En este centro, desde Biocuidados, se trabajó con personas de la propia entidad que estaban bloqueadas en su desarrollo personal y profesional, para ayudarles en su día a día, pero también facilitando un acceso a nuevas tareas y actividades dentro de la cooperativa de trabajo.

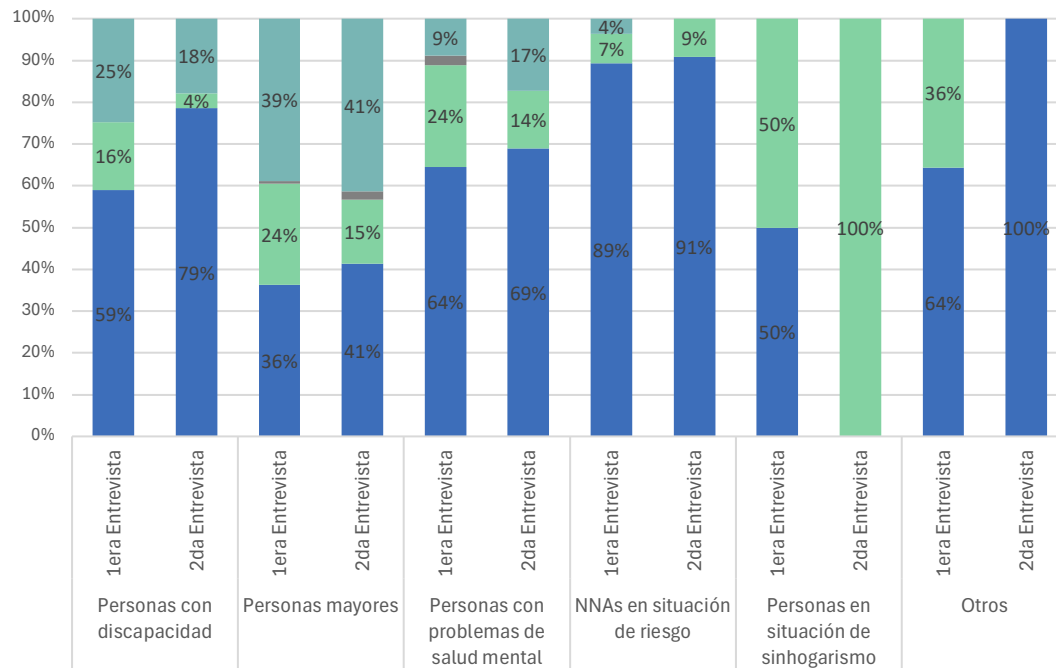
En el extremo opuesto, están las personas mayores que reportan mejorías solo en el 39% (primera entrevista) y 41% (segunda entrevista) de los casos.

En el Panel B de este mismo gráfico se reflejan los resultados por perfil de participante para la variable de realización personal. Si bien, como se puede notar, los porcentajes de personas que reportan mejorías son más altos en todos los perfiles, se vuelven a destacar los colectivos de niños, niñas y adolescentes en riesgo con porcentajes de mejora de entre el 86% y el 91% y el de personas con discapacidad que, en la segunda entrevista llegaba hasta el 79%. Por ejemplo, en el CDR Grío, se han alcanzado importantes metas en términos educativos, de autonomía personal, vida laboral, y realización personal. Se ha trabajado intensamente en la organización y gestión de las actividades diarias, lo que ha facilitado la emancipación efectiva de varios jóvenes y ha fortalecido su sentido de realización personal. Además, se ha planteado la creación de una casa intermedia para adolescentes a partir de los 16 años, donde puedan desarrollar su autonomía sin depender de otras personas para tareas cotidianas, preparándolos así para una vida independiente y reforzando su autoestima y satisfacción con sus logros

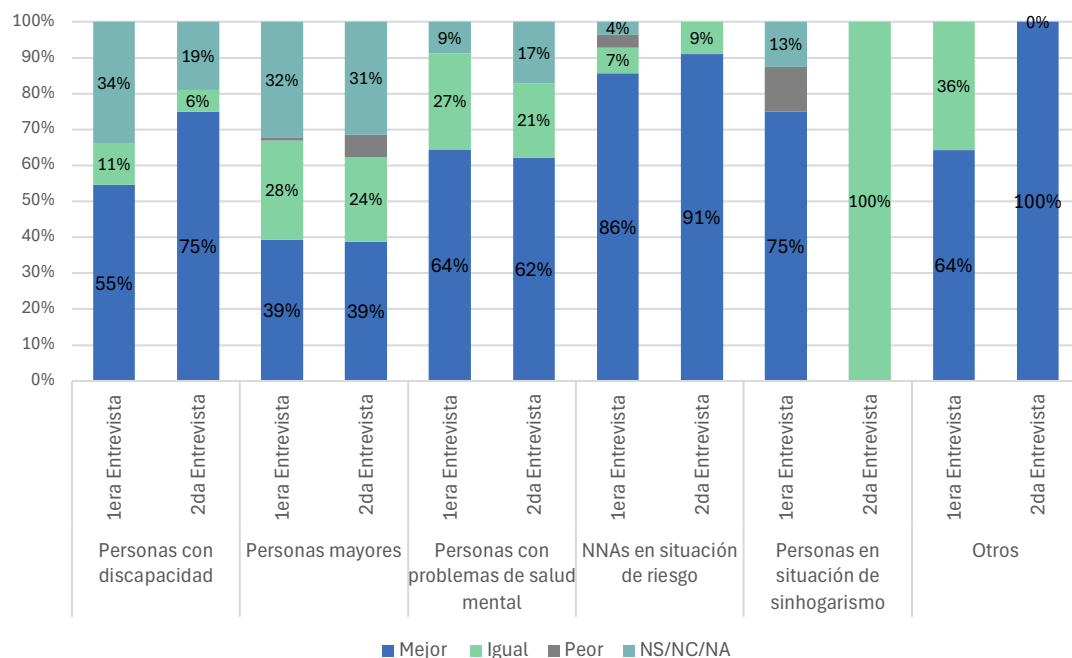
En cuanto a las diferencias de género en los resultados, se observa que, aunque la realización personal no presenta grandes variaciones entre hombres y mujeres, en términos de acceso a nuevos aprendizajes sí se aprecian diferencias significativas. En la segunda entrevista, el 61% de los hombres reportan mejoras en esta área, en comparación con el 51% de las mujeres. Estas diferencias pueden explicarse por la composición de los colectivos participantes, ya que en los perfiles donde se reportaron más mejoras, como niños, niñas y adolescentes en riesgo, así como personas con discapacidad, la participación masculina es mayor que la femenina.

Gráfico 37. Efectos en el área de crecimiento personal según perfil de persona participante.

Panel A: Acceso a aprender nuevas cosas



Panel B: Realización personal

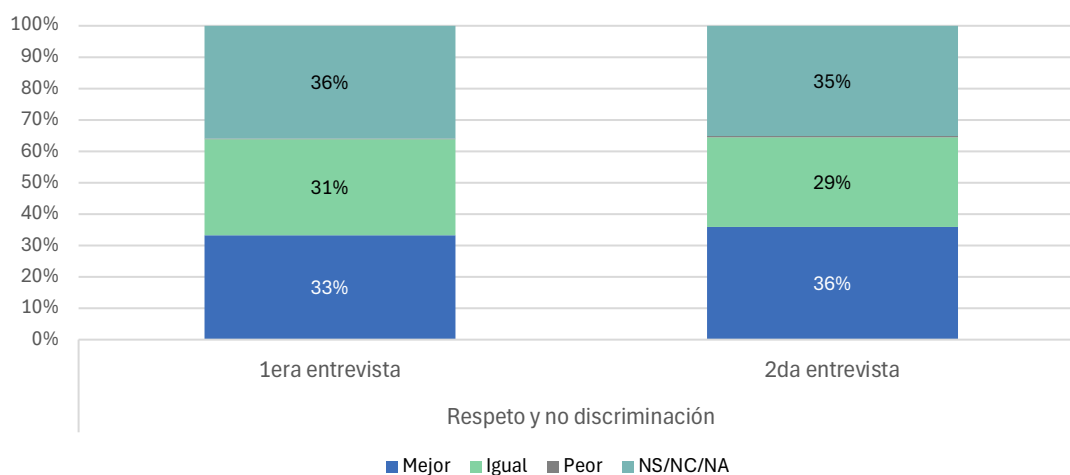


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Espiritualidad y derechos

El área de espiritualidad y derechos ha sido seleccionada en los planes de vida de las personas participantes solo en el 6% de los casos. Esta área se refiere al sentimiento de vivir una vida auténtica, siendo tratado con respeto, igualdad, dignidad y libertad, sin experimentar discriminación. Los resultados reportados por las personas participantes en este ámbito se dividen en tres grupos, como se muestra en el Gráfico 38. Entre el 33% y el 36% de las personas, según la entrevista, indican haber experimentado mejoras. Un segundo tercio señala que su situación se ha mantenido igual, mientras que el último tercio no responde o considera que la pregunta no se aplica a su caso.

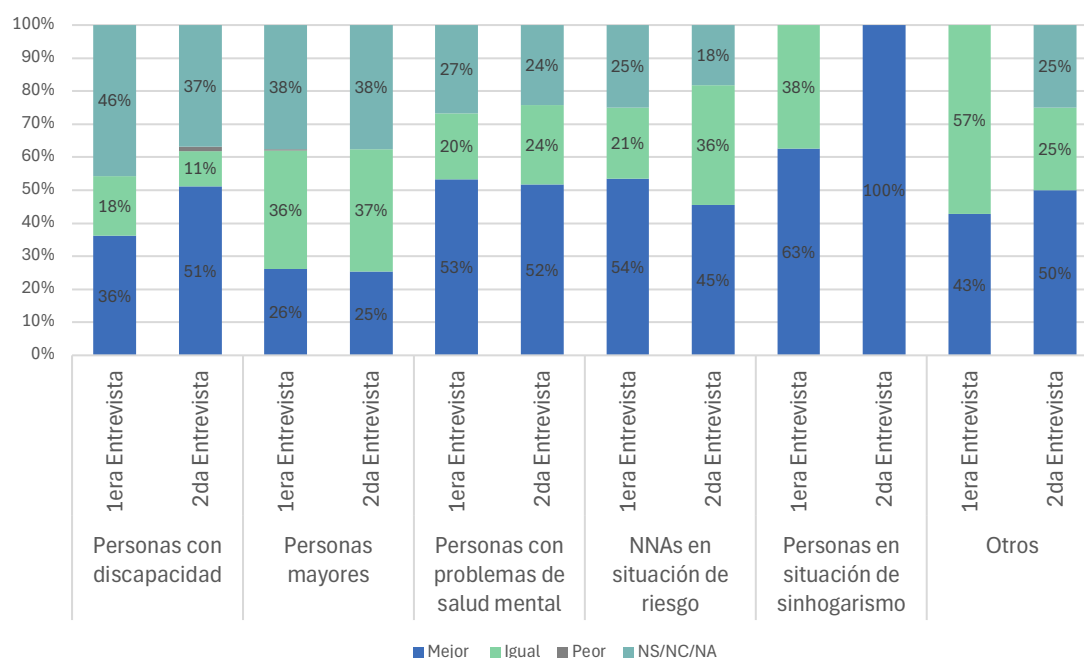
Gráfico 38. Efectos en el área de espiritualidad y derechos en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En cuanto a las diferencias entre los perfiles de las personas participantes, es importante destacar, como se observa en el Gráfico 39, el grupo de personas en situación de sinhogarismo, quienes reportan mejoras en el 63% de los casos durante la primera entrevista (aunque la segunda entrevista no es representativa, ya que solo fue respondida por una persona). Este resultado refleja el trabajo realizado por el CDR de Alt Maestrat, que se enfoca en la inclusión comunitaria de personas en prisión o recientemente liberadas, como un aspecto crucial para su reintegración social y económica. Asimismo, es relevante mencionar que más de la mitad de las personas con problemas de salud mental también han experimentado mejoras.

Gráfico 39. Efectos en el área de espiritualidad y derechos por colectivo participante.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En cuanto al género, los efectos reportados en la primera entrevista no muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, en la segunda entrevista, se observa una variación notable: los hombres presentan casi 10 puntos de mejora respecto a la primera, con un 44% indicando avances, mientras que solo el 30% de las mujeres reportan mejoras.

Amistades y relaciones sociales

El área de amistad y relaciones sociales es clave tanto por su relación con la activación comunitaria - uno de los objetivos principales del proyecto-, así como por su relación con los temas de soledad no deseada y aislamiento que se manifiestan como riesgos en el entorno rural. **Esta área fue seleccionada como prioritaria para los planes de vida del 40% de las personas participantes**, sobre todo entre personas con problemas de salud mental o personas con discapacidad.

En las entrevistas realizadas con profesionales en todos los territorios, se destaca consistentemente la identificación del aislamiento y la soledad no deseada entre una gran parte de las personas participantes. Este fenómeno es particularmente común entre las personas mayores, quienes, debido a situaciones como la viudez, la mudanza de familiares más jóvenes o el deterioro de la salud física o mental, experimentan sentimientos de soledad y expresan la

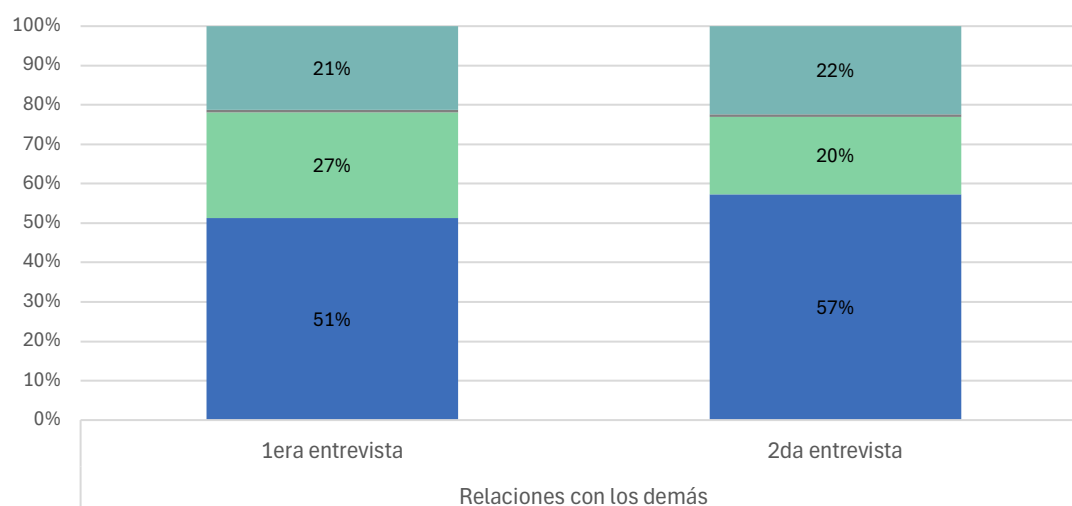
necesidad de compañía, conversación y "escucha". Este aislamiento social generalizado también contribuye a una menor movilidad, reduciendo la frecuencia con la que las personas salen de sus hogares, agravando así su situación.

Además, se subraya la necesidad de mejorar la dimensión social en personas con problemas de salud mental. Es común que estas personas se encuentren aisladas, ya sea porque residen en instituciones donde solo interactúan entre sí o por la falta de oportunidades de inclusión en sus entornos. Ante esta realidad, los equipos profesionales han trabajado de manera enfocada en fortalecer el vínculo y su integración en las comunidades en las que viven, así como en diversos ámbitos profesionales, educativos y de ocio. Este enfoque busca prevenir que la falta de interacción social incremente la estigmatización de estos colectivos y, consecuentemente, mejore sus oportunidades de llevar una vida independiente y desinstitucionalizada.

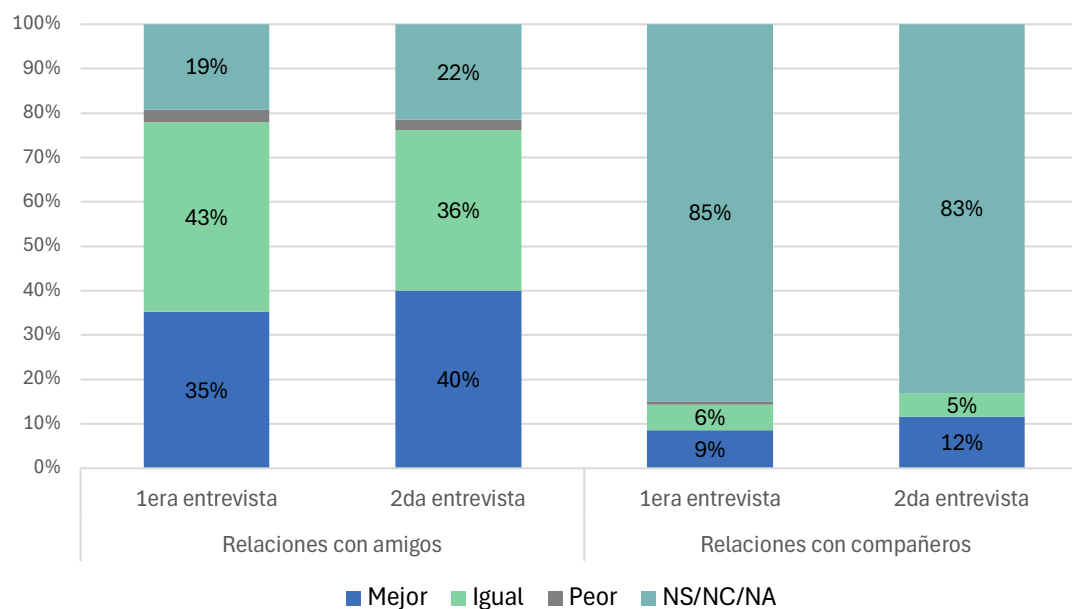
Para medir los cambios producidos en esta área se cuenta con una pregunta general y dos específicas. En el primer caso, **al ser consultados por sus relaciones con los demás, en general, el 51% de las personas participantes reportan mejoras a los 6 meses y el 57% reportan mejoras a los 12 meses** (Gráfico 40). Al ahondar más en detalle, el panel B del mismo gráfico **permite especificar que estas mejoras se dan sobre todo en el ámbito de las amistades**. Un ejemplo claro de la mejora en las relaciones se observa en el trabajo realizado por Puertas Abiertas, donde se llevaron a cabo actividades conjuntas, como paseos con vecinas de la comunidad y otros eventos colectivos. Estas iniciativas facilitaron la integración de las personas participantes en la vida comunitaria, propiciando la generación de nuevas amistades y el fortalecimiento de los lazos sociales. Además, permitieron revitalizar vínculos que se encontraban deteriorados, promoviendo un mayor sentido de pertenencia y cohesión dentro de la comunidad. Este tipo de actividades, como los paseos, lograron que las personas volvieran a sus hogares más animadas y conectadas con su entorno, lo que refleja una mejora notable en su bienestar emocional. Este enfoque no fue exclusivo de Puertas Abiertas, varios CDR, como El Sequillo y Carrión y Ucieza, trabajaron también en fomentar las relaciones interpersonales entre vecinas, creando espacios y momentos específicos para promover la amistad y el apoyo mutuo.

Gráfico 40. Efectos en el área de Relaciones con los demás en personas participantes en primera y segunda entrevista.

Panel A: relaciones con los demás



Panel B: relaciones con amigos y relaciones con compañeros

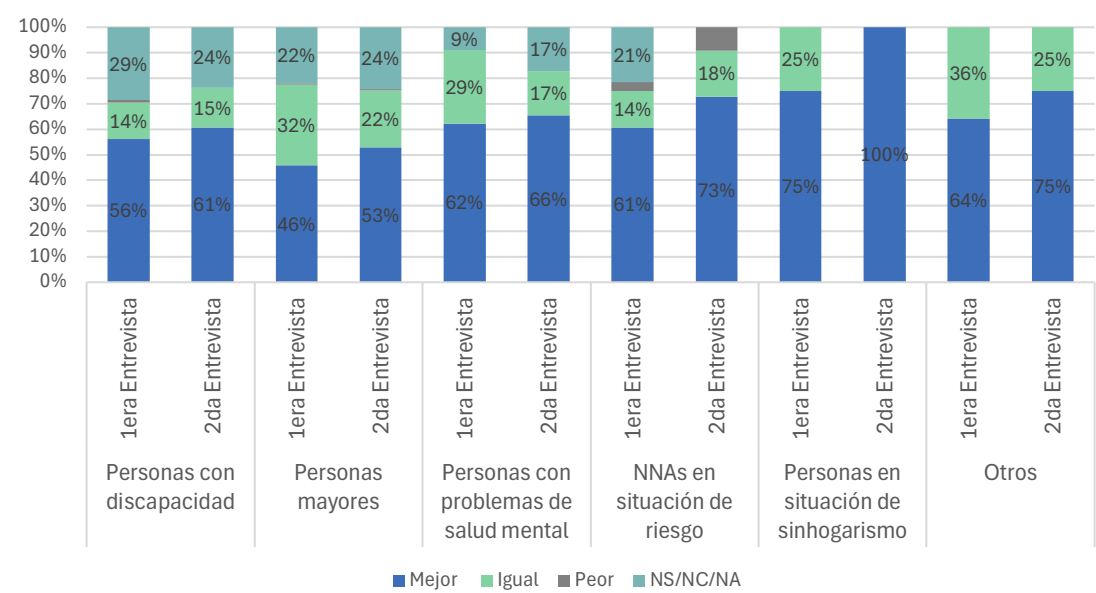


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Al analizar en qué personas se están dando estas mejorías, el Gráfico 41 revela, primero, que en todos los perfiles de personas se perciben mejoras significativas – todas por encima del 45%. Lo que es más, se notan mejoras en todos los casos entre la primera y la segunda

entrevista. Entre los perfiles con mejoras más generalizadas se encuentran primero las personas en situación de sinhogarismo, con el 75% en la primera entrevista, luego las personas con problemas de salud mental, que reportan mejoras en el 66% de los casos y luego los niños, niñas y adolescentes, con mejoras en el 61%.

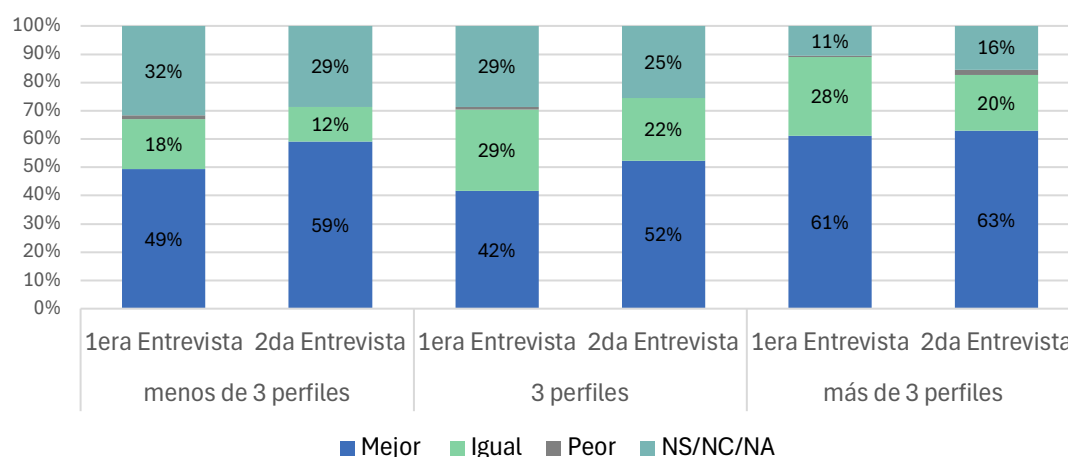
Gráfico 41. Efectos en el área de amistades y relaciones sociales por perfil de persona participante.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En términos de diferencias de género, es posible notar que los hombres se encuentran algo mejor que las mujeres en las tres variables, incluso mejorando entre la primera y la segunda entrevista. Sin embargo, al analizar estas diferencias por tipo de CDR al que pertenecen las personas, según la transversalidad de trabajo de cada uno, es posible notar que, en los CDR más transversales, el porcentaje de personas que presentan mejoras es entre 10 y casi 20 puntos porcentuales más elevado que en las otras categorías (Gráfico 42). Ello es fácilmente vinculable al carácter más comunitario de las actividades realizadas por este tipo de CDR, lo cual hace que esta área adquiera una especial relevancia. También es posible notar que, en todos los perfiles, la proporción de personas que reporta mejorías crece entre la primera y la segunda entrevista.

Gráfico 42. Efectos en relaciones con los demás por transversalidad del CDR, primera y segunda entrevista.



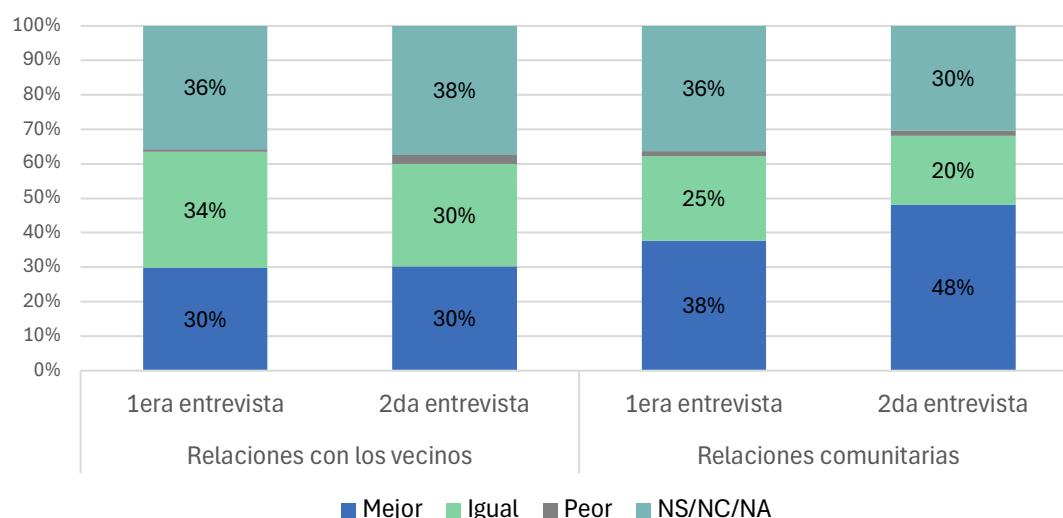
Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Comunidad y voluntariado

El área de comunidad y voluntariado refleja las relaciones con los vecinos y vecinas, la participación en actividades de voluntariado y en la comunidad. **Esta área fue seleccionada explícitamente para el plan de vida del 30% de las personas participantes en el proyecto.** Como la activación comunitaria y la dinamización de los vínculos entre personas en el territorio es uno de los objetivos estructurales del proyecto de Biocuidados, se esperaría que estas relaciones aumenten con el tiempo para la mayoría de las personas participantes.

Para analizar los cambios experimentados por las personas participantes se cuenta con dos variables. La primera es la de relaciones con los/as vecinos/as y la segunda es la de relaciones comunitarias más ampliamente. Como se puede apreciar en el Gráfico 43, el 30% de las personas reportan mejoras en las relaciones con la vecindad tanto en la primera como en la segunda entrevista. Aproximadamente la misma proporción de personas afirman estar igual que antes y un tanto algo más elevado, entre 36 y 38%, no responden o no sienten que esta pregunta aplique a su situación. En cambio, **en el caso de las relaciones comunitarias los efectos experimentados son más altos. El 38% de las personas reportan mejoras en esta dimensión, con un aumento de 10 puntos porcentuales para la segunda entrevista.**

Gráfico 43. Efectos en las relaciones con los/as vecino/as y las relaciones comunitarias en primera y segunda entrevista.

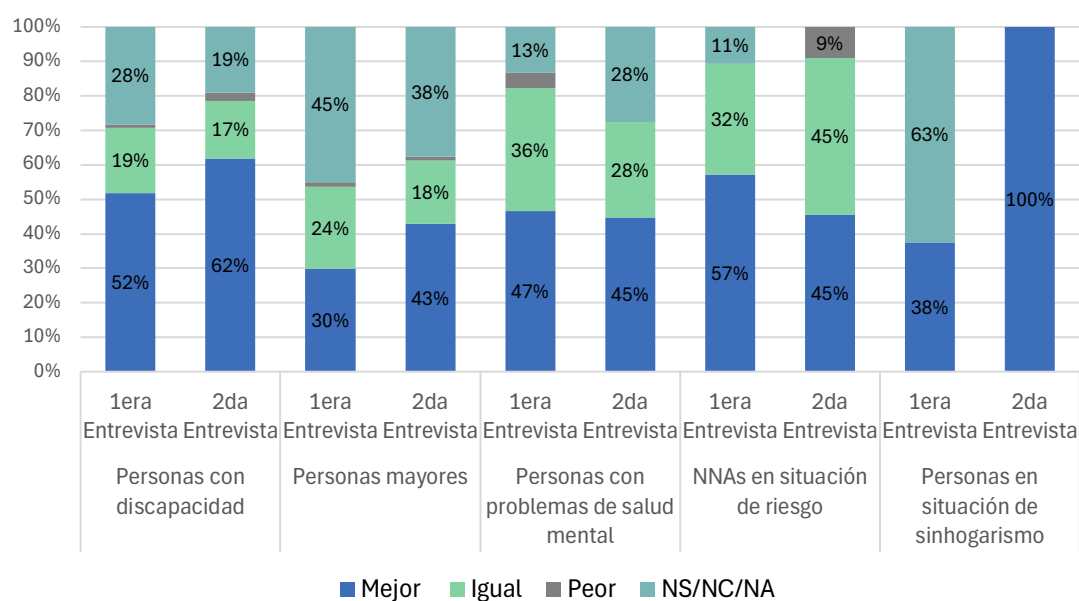


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Para entender mejor los efectos percibidos en la dimensión de relaciones comunitarias, tan importantes para el trabajo de Biocuidados, el Gráfico 44 refleja en qué perfiles de personas participantes estos efectos son más pronunciados. En primer lugar, se destacan las proporciones entre las personas con discapacidad, de las cuales el 52% que reportan mejoras en esta variable, subiendo 10 puntos porcentuales para la segunda entrevista. Estos valores parecen estar reflejando las mejoras resultado del trabajo de integración comunitaria con este colectivo en especial. Por ejemplo, en el CDR EDES, uno de los efectos más significativos ha sido la mayor seguridad que las personas participantes han adquirido en el uso del espacio público y comunitario. Este cambio les ha permitido sentirse más incluidos, pero también ha influido en la percepción de la comunidad, ayudando a romper con mitos y prejuicios que anteriormente fomentaban la segregación. La participación activa en eventos comunitarios ha facilitado que tanto las personas como la comunidad normalicen situaciones y relaciones que antes generaban incomodidad. En el caso del CDR Guayente, el proyecto ha impulsado un cambio en la percepción de la comunidad hacia las personas del centro. Inicialmente etiquetados colectivamente como "los del Remós", los participantes han logrado abrirse a nuevas relaciones y amistades, lo que ha llevado a un reconocimiento individual más amplio. A través de su participación en actividades organizadas por el ayuntamiento, acceso a empleos locales e involucramiento en eventos deportivos, se ha fomentado una integración más profunda y un cambio positivo en la dinámica social.

Por otro lado, resulta interesante observar los efectos en las personas mayores. Aunque en la primera entrevista solo el 30% de este grupo reporta mejoras en esta dimensión, en la segunda entrevista el porcentaje aumenta en 13 puntos porcentuales, alcanzando el 43%. Este incremento podría estar relacionado con la dinámica de trabajo con personas mayores que muchos CDR experimentaron. En una primera fase, el enfoque fue más individualizado, con la atención centrada en la persona profesional y la participante, enfocándose en cubrir y mejorar necesidades básicas. Sin embargo, en una etapa posterior, las personas mayores parecieron más dispuestas a integrarse en actividades grupales, lo que contribuyó a un mayor desarrollo en sus relaciones comunitarias. Además, es importante señalar que, según comentaban muchas personas participantes en las entrevistas grupales, la relación con la comunidad se había vuelto muy limitada o incluso inexistente, especialmente en los pueblos más pequeños, debido al impacto de la COVID-19, el confinamiento y el miedo a los contagios. Estas circunstancias agravaron el aislamiento, lo que hizo que la reintegración y la participación en la comunidad fueran especialmente significativas en esta segunda fase del proyecto.

Gráfico 44. Efectos en las relaciones comunitarias por perfil de persona participante.

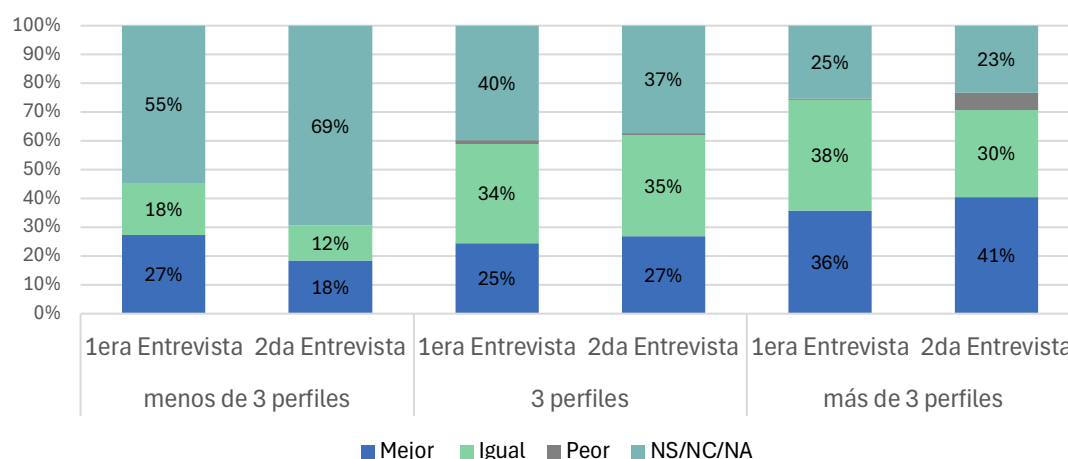


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En esta dimensión no se registran diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero sí se encuentran diferencias entre el tipo de CDR al que pertenecen las personas en cuanto a la relación con vecinos. Como se puede notar en el Gráfico 45 los CDR más transversales cuentan con mayores proporciones de personas reportando mejoras, con hasta el 41% del

total en el caso de la segunda entrevista – más de 10 puntos porcentuales que en el promedio. De nuevo, algo vinculado al carácter más comunitario de las actividades realizadas en estos CDR que ha permitido la integración en la comunidad de manera más intensa.

Gráfico 45. Efectos en relaciones con los vecinos según la transversalidad del CDR, en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Entorno, naturaleza y medio ambiente

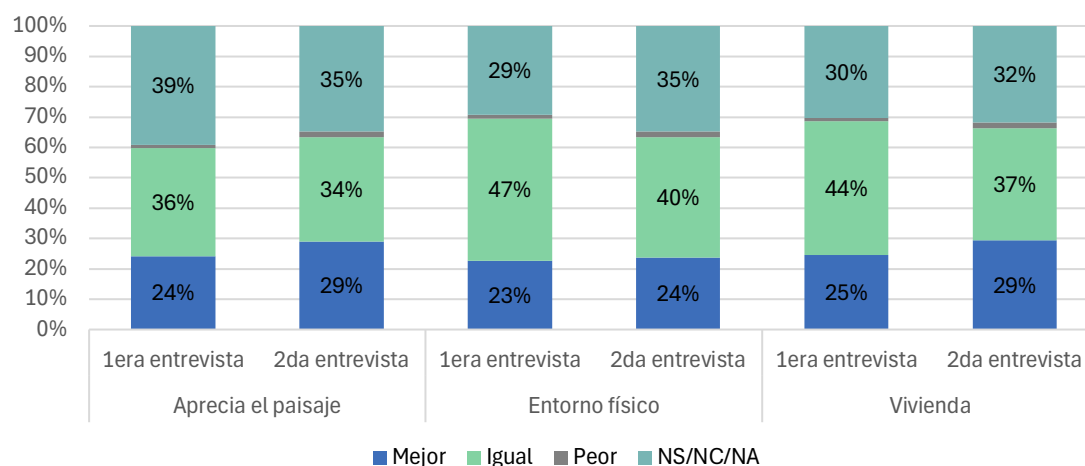
El área de entorno, naturaleza y medio ambiente refleja el aprecio al paisaje del pueblo, de sus áreas naturales y el deseo de estar en contacto con la naturaleza. Sin embargo, durante el desarrollo del proyecto su comprensión también incluyó el entorno más cercano de las personas, refiriéndose a las condiciones físicas más cercanas, como la vivienda, el entorno físico y el aprovechamiento del pueblo.

La adecuación del entorno y la vivienda son algunas condiciones fundamentales para evitar la institucionalización en algunos casos, sobre todo entre las personas mayores o entre algunas personas con discapacidad. Asimismo, la capacidad de disfrutar el entorno, el pueblo y la naturaleza son algunas de las razones por las que las personas desean evitar la institucionalización y poder vivir en el ámbito que eligieron y siempre conocieron. En este sentido, **alrededor del 33% de las personas participantes seleccionaron esta área para enfocarse en sus planes de vida.**

Para medir los cambios en las personas a partir de su participación en Biocuidados se cuenta con información sobre tres variables concretas: la apreciación del paisaje, el entorno físico y la

vivienda. En todas se destaca que **la mayoría de los respondientes manifiestan estar igual tanto en la primera como en la segunda entrevista**. Sin embargo, también se perciben mejoras entre la primera y la segunda entrevista en todos los casos. Para la apreciación del paisaje, se pasa del 24% al 29%; por su parte, sobre el entorno físico, el aumento es de solo un punto porcentual.

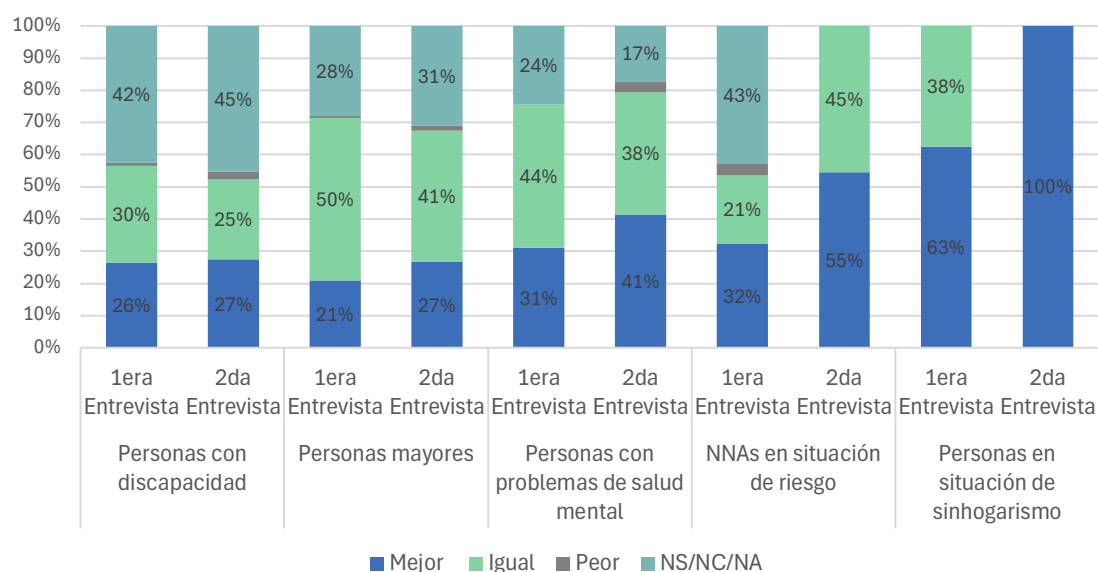
Gráfico 46. Efectos en Entorno, naturaleza y vivienda en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En el caso de la vivienda, el porcentaje de personas que reportan mejoras es algo más alto, del 25% en la primera entrevista y llega casi a un tercio de las personas participantes, con el 29%, en la segunda. Esto puede estar reflejando las ayudas que muchas personas recibieron para adaptar los hogares en donde viven a sus dificultades de movilidad, sobre todo en el caso de personas mayores, con quienes también se trabajó en los temas de limpieza, que podrían afectar positivamente esta variable. Asimismo, también podrían estar reflejando los casos de personas que pasaron a vivir de manera independiente o apoyadas, fuera de las residencias en donde vivían hasta el momento. En este último grupo podrían estar las personas con problemas de salud mental que, como se puede apreciar en el [Gráfico 47](#), reportan en un 41% haber mejorado en esta dimensión. Un ejemplo destacado de este enfoque es el trabajo realizado por el CDR Guayente en Benasque. El equipo profesional se centró en la desinstitucionalización de personas que habían pasado muchos años en entornos institucionales, algunas de ellas durante más de 20 o 30 años. Gracias a este esfuerzo, estas personas pudieron trasladarse a viviendas tuteladas donde pudieron desarrollar sus proyectos de vida fuera de la institución. Este proceso, siempre acompañado por el equipo del CDR.

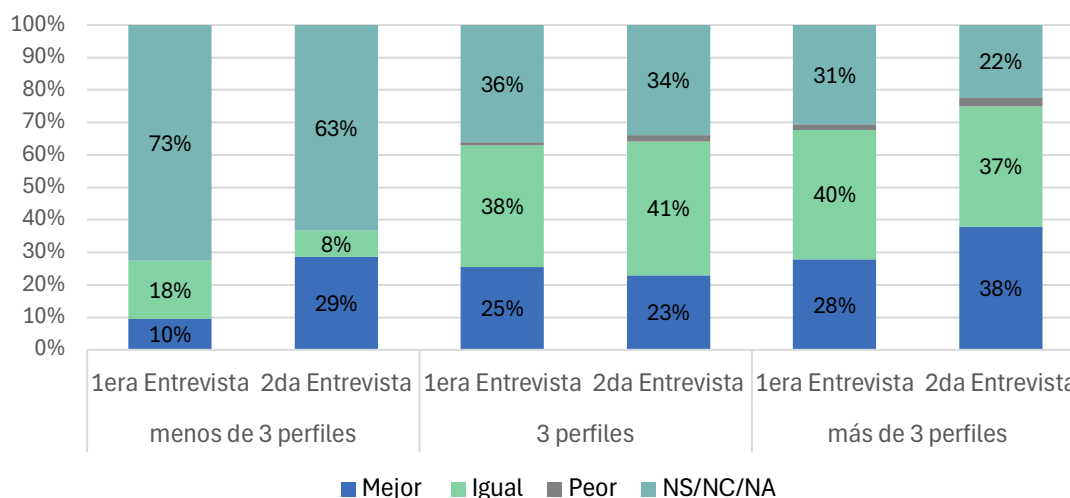
Gráfico 47. Efectos en la vivienda por perfil de persona participante en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Las diferencias de género en este caso son variables. En las dimensiones de vivienda y entorno físico, los hombres parecen mostrar mejores resultados que las mujeres. Sin embargo, en cuanto al entorno, las mujeres presentan un porcentaje ligeramente superior. No obstante, las diferencias se vuelven más consistentes al considerar el tipo de CDR en el que participaron las personas. En las tres variables de esta área, los porcentajes de personas que reportan mejoras son significativamente más altos en los CDR de mayor transversalidad. Por ejemplo, en la variable "aprecia el paisaje" (Gráfico 48), las personas de estos CDR reportan entre 10 y 18 puntos porcentuales más de mejoría en comparación con quienes participan en CDR menos transversales. Esta tendencia también se observa en la variable entorno, donde, en la segunda entrevista, el 40% reporta mejoras, mientras que solo lo hacen el 17% y el 8% de los participantes en CDR que trabajaron con tres perfiles o menos, respectivamente.

Gráfico 48. Efectos en apreciación del paisaje por tipo de CDR, primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Familia

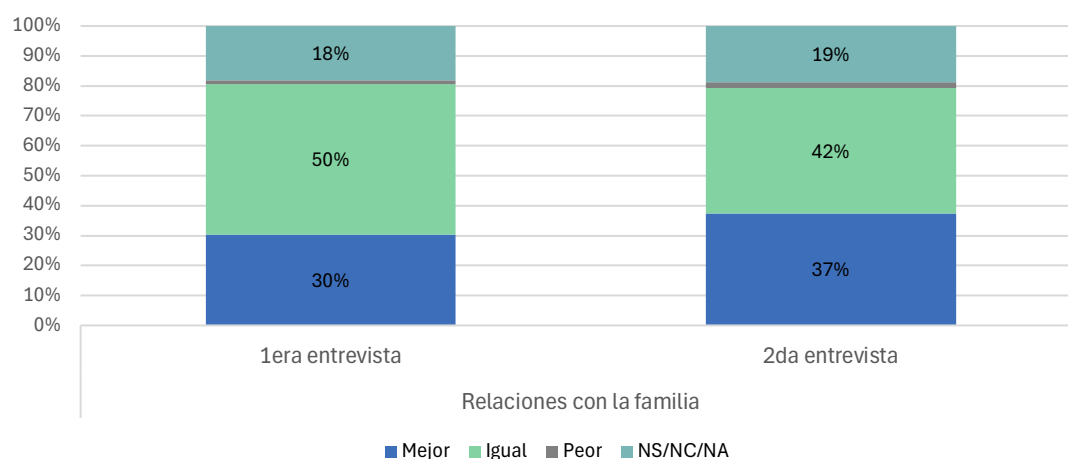
El área de la familia es fundamental para la mayoría de las personas participantes y **ha sido seleccionada como la tercera más frecuente en los planes de vida, con el 44% de las personas**. Esto es porque las personas participantes tienen necesidades de acompañamiento o apoyo que, tradicionalmente, están vinculadas a las familias.

En muchas de estas comunidades rurales, las familias representan el núcleo más cercano y el proveedor primario de cuidado para las personas mayores o con necesidades especiales. Este rol es esencial, ya que, en los casos donde las familias no son las responsables directas del cuidado, a menudo son ellas quienes toman las decisiones clave sobre el tipo de apoyo que se brinda a sus seres queridos. En estos términos, en las entrevistas se ha mencionado el rol fundamental que tienen las familias de las personas participantes para poder acompañar a las personas y coordinar en conjunto el plan de vida decidido por ellas.

Al consultar a las personas participantes, un tercio de ellas ha identificado mejoras en esta dimensión en la primera entrevista y el 37% en la segunda (Gráfico 45). En las entrevistas con profesionales y con algunas personas participantes se mencionan mejoras en algunos vínculos familiares en los casos en donde la intervención de Biocuidados alivia el trabajo de cuidado que usualmente llevan los familiares. Las personas profesionales atribuyen estas mejoras a que el vínculo entre ellos deja de rondar totalmente alrededor del cuidado de la persona participante, ya que algo del peso puede recaer en otras personas. Por otro lado, también se mencionan

algunas barreras de las familias de personas que ganan más autonomía, sobre todo a algunos temores a los cambios en la dinámica de toma de decisiones. Un ejemplo de éxito en este sentido se observa en el CDR Grío, donde gracias a Biocuidados se ha profundizado en la creación de más familias referenciales y vecinales. Estas familias voluntarias ofrecen apoyo y acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes del Centro de Menores, lo que ha facilitado la creación de nuevas redes de apoyo y ha impulsado una mayor implicación de la comunidad, siempre con el CDR como referencia, proporcionando ayuda y apoyo continuo.

Gráfico 49. Efectos en el área de familia en las personas participantes en primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

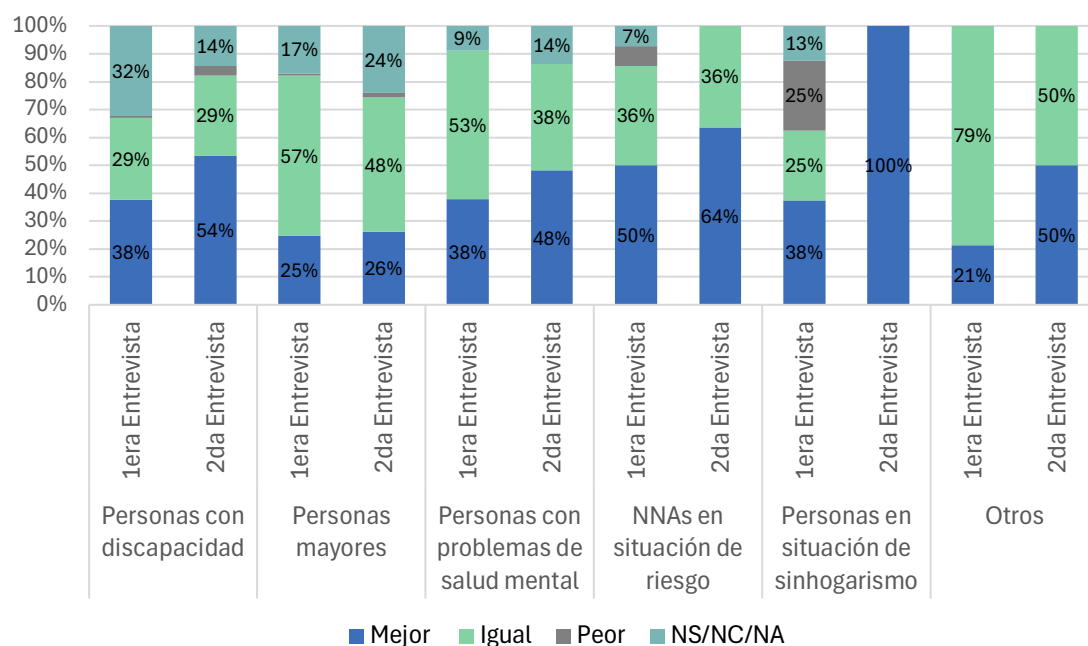
Al analizar las diferencias por perfil de participante, el [Gráfico 50](#) refleja que las mejorías más significativas están entre los niños, niñas y adolescentes en riesgo y entre las personas con discapacidad. En ambos grupos, más del 50% reportan mejoras en la segunda entrevista, y en el caso de la juventud, esta proporción supera el 60%. Por ejemplo, en el CDR EDES, una de las esferas más importantes del programa de Biocuidados ha sido generar una autonomía real en las personas jóvenes. Esto se ha logrado a través de un acompañamiento constante que trabaja sobre su seguridad y confianza, ayudándoles a ver que son capaces de alcanzar sus metas. Durante su participación en el programa, varias personas han conseguido hitos significativos como sacarse el carné de conducir, obtener el graduado de la ESO, encontrar empleo o asegurar plazas para prácticas laborales. Todo ello ha contribuido a una mayor independencia, con varias personas mudándose de la casa de sus padres a pisos compartidos, lo que refuerza su capacidad para vivir de manera autónoma sin el apoyo constante de sus familias. Otro caso es el del CDR La Safor, donde, además de la proporción de la autonomía anteriormente mencionada y aunque

la intervención se centra en la persona participante, a menudo, las personas de referencia de estas personas participantes realizan de mediadoras con las familias en casos donde se requiere.

De todos modos, este proceso de generación de mayor autonomía e independencia ha generado también, sobre todo al comienzo, cierta preocupación por parte de las familias ante los cambios propuestos por el programa y los posibles riesgos asociados. Las familias han mostrado reticencias a permitir que las personas participantes aumenten su autonomía, temiendo que este proceso pueda generar situaciones de riesgo o desestabilización. Sin embargo, los equipos de profesionales han resaltado la importancia del trabajo de comunicación y colaboración conjunta con las familias, lo que ha ayudado a mitigar estas preocupaciones. A pesar de las iniciales reticencias, no se han reportado problemas mayores en este sentido, lo que sugiere que el enfoque de Biocuidados, centrado en la persona, ha logrado ganar la confianza de las familias a lo largo del tiempo.

Asimismo, mediante las entrevistas con las personas profesionales involucradas en el programa, se han identificado varios aspectos comunes en la mayoría de los territorios. En primer lugar, se ha observado que, en los casos de atención a personas mayores, las familias han experimentado un respiro significativo al poder compartir las responsabilidades de cuidado con otras personas, generalmente con voluntarios/as o con personal del CDR. Este apoyo adicional ha sido especialmente valioso en situaciones donde las familias no residen en la misma comarca que la persona que requiere cuidados. Saber que sus seres queridos están en buenas manos y cerca de la comunidad ha brindado tranquilidad y satisfacción a muchas familias. Además, este apoyo ha tenido un efecto positivo en los vínculos familiares, ya que, al reducirse el estrés asociado con el rol exclusivo de cuidador/a, se han relajado algunas tensiones dentro de las relaciones familiares.

Gráfico 50. Efectos en relación con la familia por perfil de participante, en primera y segunda entrevista.

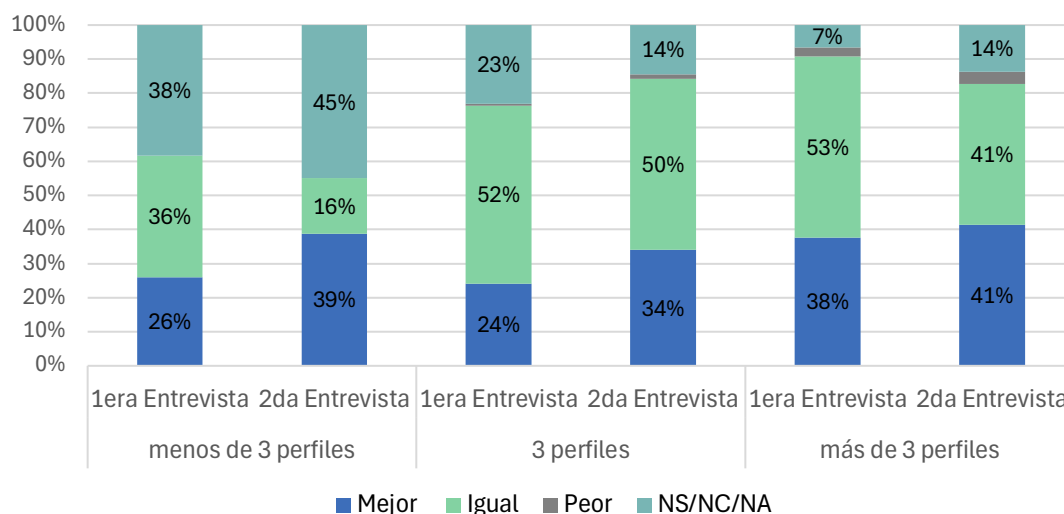


Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

En este caso, es importante destacar que los hombres reportan mejoras en mayores proporciones que las mujeres, con un 47% indicando avances en la segunda entrevista, en comparación con solo el 31% de las mujeres. La mayoría de las mujeres, por su parte, reportan que su situación se ha mantenido igual. Esto podría explicarse por el hecho de que las mejoras se concentran en grupos con una mayor proporción de hombres.

Finalmente, las relaciones familiares también muestran una mayor proporción de personas que reportan mejoras en los CDR con mayor transversalidad. Como se observa en el [Gráfico 51](#), en estos CDR, un 38% de los participantes reportan mejoras en la primera entrevista, aumentando al 41% en la segunda.

Gráfico 51. Efectos en relaciones familiares según tipo de CDR, primera y segunda entrevista.



Fuente: elaboración propia con datos facilitados por COCEDER.

Los efectos de la transversalidad

Dados los resultados analizados en esta sección, es importante recalcar que en los centros de mayor transversalidad – aquellos que trabajaban con más de 3 perfiles distintos de personas participantes, los resultados son tan buenos como en aquellos más concentrados en ciertos colectivos.

De hecho, en las respuestas de satisfacción y estados generales, las valoraciones son promedio o, incluso más altas en los CDR con mayor transversalidad. Incluso en el caso de la adaptación a las necesidades de las personas, las personas participantes de estos CDR reportan en el 98% de los casos que el proyecto se adaptó siempre o casi siempre a sus necesidades.

Esto podría parecer contraintuitivo, si se considerara que una mayor concentración en un solo perfil podría llevar a una mejor calidad de la atención. Sin embargo, la metodología de la AICP, combinada con la presencia de equipos profesionales diversos, permite una adaptación más eficaz a las necesidades individuales sin necesidad de segmentar recursos, que ya son escasos en el entorno rural. Además, la transversalidad parece fomentar una mayor implicación de la comunidad y una dinámica más inclusiva, lo que no solo mejora la calidad de vida de las personas participantes, sino que también fortalece el tejido social del entorno.

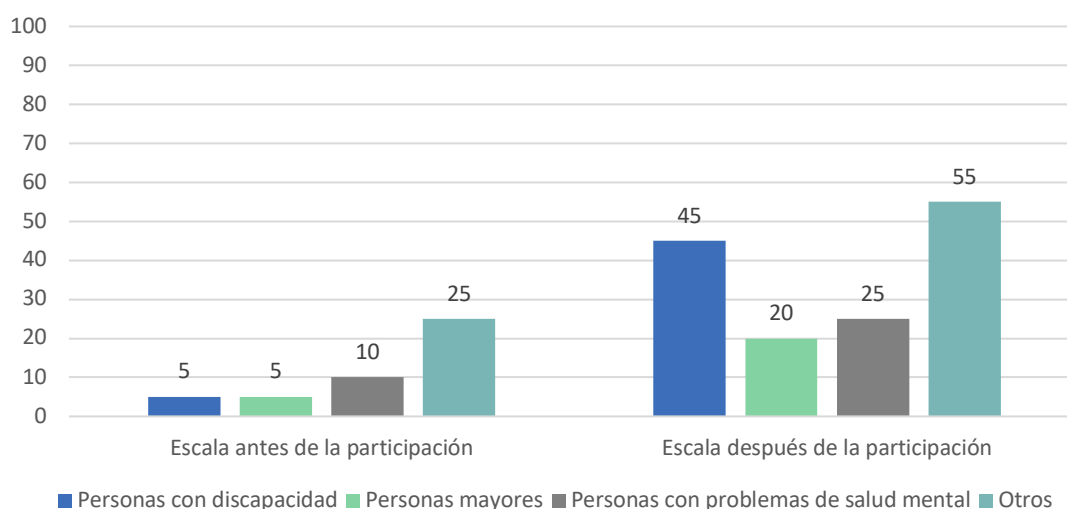
De esta manera, es posible ofrecer una atención de calidad que sea más sostenible en el tiempo. Al poder abordar un espectro más amplio de necesidades y perfiles, los CDR más transversales generan un impacto más duradero y profundo.

De modo agregado, para concluir esta sección, es posible realizar un análisis de una submuestra de participantes de algunos CDR que completaron un cuestionario que permite medir la calidad de vida de las personas – un total de 150 personas participantes. Esta escala permite entender el bienestar general de ellas y su evolución en el tiempo. El [Gráfico 52](#) muestra cómo, en promedio por perfil de las personas participantes, en todos los casos se han dado mejoras significativas. Para las personas con discapacidad esta mejoría es la más importante, ya que reportan en promedio estar dentro del percentil 5 de la escala antes de participar en Biocuidados y subir en promedio 40 puntos, al percentil 45 luego de su participación. Las personas que están dentro de otros perfiles le siguen con una mejora del percentil 25 al 55, en promedio.

Las personas con problemas de salud mental que reportan una mejoría de 15 puntos porcentuales, situándose en el percentil 10 antes de participar y en el 25, luego. Finalmente, las personas mayores, que inicialmente se encuentran en el percentil más bajo, el 5 – junto con las personas con discapacidad, también reportan una mejora muy relevante, pasando al percentil 20 de la escala, con 15 puntos de mejora.

Estas mejoras parecen darse en mayor medida entre hombres, ya que si bien hombres y mujeres reportan estar en el percentil 5 antes de participar, en promedio los hombres aumentan 30 puntos – situándose en el percentil 35 post-participación, mientras que las mujeres se sitúan en el 25.

Gráfico 52. Percentil en escala Gencat de calidad de vida en submuestra de personas participantes.



4.2.2 Resultados en la comunidad

La implementación del programa Biocuidados ha tenido un impacto notable en la revitalización de las relaciones sociales y la cohesión comunitaria en varias localidades rurales. En estas áreas, las dinámicas de convivencia habían sido afectadas por múltiples factores, principalmente la pandemia, que intensificó el aislamiento social y debilitó los lazos vecinales. Este programa ha sido esencial para revertir estas tendencias, creando nuevas oportunidades de interacción.

Los efectos de Biocuidados se han manifestado claramente en la **recuperación de las relaciones interpersonales**. Las actividades propuestas han logrado que los vecinos/as se vuelvan a encontrar en un entorno que fomenta la socialización. La comunidad, inicialmente algo reacia a participar debido a la desconfianza, comenzó a responder de manera positiva al programa. Por ejemplo, en las localidades de actuación del CDR Pasiega, gracias a Biocuidados, se han creado espacios de encuentro como el grupo de café y charla que ha permitido a las personas residentes, especialmente a las mujeres, reunirse y reconectar después de años de aislamiento. También, en la comunidad del CDR Carrión de los Condes el equipo profesional ponía el énfasis del programa en su función de catalizador para la reactivación de las redes sociales y la formación de grupos de personas voluntarias entre vecinos/as para combatir la soledad.

En términos generales, los CDR han aprovechado el proyecto para llevar a cabo actividades que implicasen la participación de las personas que estaban bajo el paraguas de Biocuidados, pero también de toda la comunidad en general, con un objetivo doble: por una parte, **realizar actividades de ocio o mejora y mantenimiento cognitivo**, principalmente; y por otra, **crear espacios accesibles y distendidos dentro de la comunidad para que las personas se pudieran encontrar e interactuar**. En efecto, las personas participantes entrevistadas en su totalidad afirmaban que el formar parte de estas actividades las mantenía más entretenidas y les proporcionaba una rutina diaria social que antes no tenían. Estas actividades ofrecían la oportunidad de conocer a otras personas, lo que en algunos casos resultó en la creación de nuevas amistades o simplemente en el disfrute de la compañía. Sin embargo, también se mencionaron desafíos, como la necesidad de mantener la motivación para participar de forma continua y superar el cansancio o las limitaciones físicas que, en algunos casos, dificultaban su participación constante.

Asimismo, la implementación del programa ha demostrado que **el liderazgo es fundamental para el éxito de las iniciativas comunitarias**, especialmente en contextos rurales donde el aislamiento social es un desafío persistente. El liderazgo dentro de los CDR ha sido clave para inspirar confianza, movilizar recursos y asegurar la participación continua de la comunidad en las actividades propuestas. Este liderazgo no solo se manifiesta en la gestión organizativa, sino también en la figura de la persona facilitadora comunitaria, quien ha desempeñado un papel crucial en la activación y el mantenimiento de las redes sociales creadas por el programa. Las facilitadoras comunitarias han sido esenciales para activar la participación local, generar confianza entre los/as vecinos/as y mantener el impulso de las actividades a lo largo del tiempo. Han liderado talleres, organizado encuentros y asegurado que las necesidades individuales de las personas participantes sean escuchadas y atendidas. Su presencia ha sido vital para superar la desconfianza inicial que algunas comunidades sentían hacia las nuevas iniciativas, y su capacidad para conectar con los residentes ha permitido que el programa se integre de manera orgánica en la vida comunitaria. En varios CDR, como en Almanzor y Pasiega, las facilitadoras comunitarias han desempeñado un papel determinante en la reactivación de las relaciones sociales.

Es importante destacar que las personas participantes de estas actividades grupales veían muy difícil su continuidad sin la presencia de esta figura de liderazgo. La facilitadora no solo organizaba y dinamizaba las actividades, sino que también motivaba a las personas participantes a mantenerse involucradas y a superar las barreras físicas o emocionales que pudieran dificultar su participación constante.

Uno de los efectos más visibles ha sido la reducción del aislamiento social, particularmente entre las personas mayores, un grupo que ha sido especialmente vulnerable a este fenómeno y más en entornos rurales. A esta situación de partida ya desfavorable se le unieron los efectos provocados por el confinamiento debido a la COVID-19, que exacerbó el aislamiento social de manera considerable. El confinamiento limitó sus interacciones sociales e interrumpió las pocas actividades comunitarias en las que participaban. Este doble golpe —la vulnerabilidad preexistente y las nuevas restricciones impuestas por la pandemia— intensificó el aislamiento, haciendo aún más urgente la intervención de programas como Biocuidados para mitigar estos efectos y facilitar la reconexión social en estas comunidades. En el CDR O Viso, por ejemplo, el programa Biocuidados fue clave para ayudar a una mujer mayor que sufría de soledad y depresión a reintegrarse en la vida comunitaria. A través de su participación en actividades

colectivas y la creación de nuevos espacios de encuentro, no solo logró mejorar su bienestar emocional, sino que también contribuyó a la revitalización de las relaciones sociales locales. Asimismo, el CDR El Villar también demostró ser exitoso en este aspecto, donde personas mayores, previamente reacias a participar en actividades sociales debido al miedo al contagio y la pérdida del hábito de socialización, comenzaron a retomar actividades como los juegos de cartas y talleres organizados por el CDR, iniciativas que ayudaron a recuperar una rutina que había sido interrumpida por la pandemia y a fortalecer los lazos comunitarios entre la vecindad.

Por otro lado, el programa ha tenido un impacto importante en **la inclusión de colectivos en situación de vulnerabilidad**, especialmente de personas con algún tipo de discapacidad intelectual o psíquica, promoviendo una mayor integración social y la sensibilización de la comunidad hacia sus necesidades. Un ejemplo destacado de este efecto se puede observar en el CDR EDES, donde desde Biocuidados se ha trabajado intensamente para sensibilizar a la población sobre la discapacidad, facilitando la integración de las personas con discapacidad en la vida cotidiana de la comunidad. Antes del programa, la exclusión social de este colectivo era evidente en la falta de preparación de los servicios cotidianos, como supermercados o peluquerías, para atender a personas con necesidades específicas. A través de acciones de sensibilización y de la promoción de oportunidades laborales para personas con discapacidad, Biocuidados ha contribuido a una mayor normalización y aceptación de estas personas dentro de la comunidad. Asimismo, en el CDR Guayente, a través de la figura del prospector laboral, se ha logrado que empresas como estaciones de esquí, supermercados y bares ofrezcan pasantías o actividades similares a prácticas laborales a estas personas. Aunque algunas empresas inicialmente mostraron cierta reticencia, preocupadas por la capacidad de estos/as trabajadores/as, la experiencia ha demostrado ser positiva. En muchos casos, las personas empleadoras se sorprendieron gratamente al descubrir las habilidades y la capacidad de adaptación de la nueva fuerza laboral, lo que ha ayudado a romper estereotipos y creencias erróneas. Esta transformación ha permitido que las personas con discapacidad se preparen mejor para su integración al mercado laboral, pero también ha impactado sobre la percepción general hacia ellas. Ahora se les reconoce por su valor individual, lo que ha abierto un abanico más amplio de relaciones y amistades dentro del pueblo. Este cambio en la mirada de la comunidad hacia las personas del centro es un testimonio del poder del programa para derribar barreras y fomentar un entorno más inclusivo y acogedor para todos.

El impacto de Biocuidados en los propios CDR ha sido significativo, aunque es importante reconocer que muchos de estos centros ya contaban con una trayectoria consolidada en sus territorios antes de la implementación del programa. Estas entidades, en general, ya eran reconocidas en la comunidad como puntos de referencia para la población en general. Por ejemplo, el CDR Valdececa, por ejemplo, era el lugar al que se dirigían tanto las nuevas personas residentes como aquellas en busca de apoyo o servicios, consolidándose como un nodo esencial dentro del tejido social de la comarca.

Aun así, Biocuidados ha **fortalecido la estructura organizativa** de los CDR, ampliando su capacidad para ofrecer un mayor rango de servicios y extendiendo su alcance a más localidades rurales. En el CDR O Viso, por ejemplo, el programa ha permitido un notable aumento en la plantilla, incorporando personas profesionales especializadas como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadoras sociales. Esto ha sido crucial para atender de manera más personalizada y transversal las necesidades de las personas participantes, asegurando un seguimiento más cercano y efectivo. Además, la expansión geográfica del CDR ha permitido llevar los beneficios de Biocuidados a comunidades rurales que previamente tenían un acceso muy limitado a servicios de apoyo.

Otro aspecto relevante es el impacto cultural que el programa ha tenido en estos centros. Aunque muchos CDR ya estaban bien integrados en sus comunidades y eran vistos como referentes clave, la implementación del programa ha supuesto una transformación cultural y estructural dentro de las organizaciones. Esto ha sido especialmente evidente en la adopción de nuevos enfoques de atención centrados en la persona, como el modelo AICP, que ha requerido un cambio en la forma en que los CDR operan y se relacionan tanto con las personas participantes como con otras instituciones del territorio, dejando atrás enfoques más de corte únicamente asistencialista y dando un papel central a las necesidades y deseos de las personas participantes.

Sin embargo, no todos los aspectos de la implementación han sido positivos, particularmente en lo que respecta a la integración de nuevas metodologías y la colaboración con instituciones externas. Uno de los obstáculos iniciales ha sido la resistencia al cambio. Por ejemplo, en varios CDR se ha observado una reticencia inicial por parte de algunos actores, como las residencias, a aceptar un enfoque que otorga mayor autonomía a los participantes. Seguramente no tanto por estar en desacuerdo con el modelo, sino más bien por la desconfianza inicial que generan la

llegada de nuevas prácticas y metodologías. Por ejemplo, algunos equipos profesionales encontraron resistencia cuando intentaron colaborar más estrechamente con ciertas instituciones para implementar actividades que fomentaran la autonomía de sus residentes. Las autoridades de estas instituciones expresaron preocupaciones sobre la capacidad de las personas residentes para gestionar esta nueva autonomía sin comprometer su seguridad o bienestar. A pesar de los esfuerzos para demostrar los beneficios de estas prácticas, el proceso de cambio fue lento y, en ocasiones, frustrante, pero se han producido avances importantes. En algunos casos, la participación de profesionales de estas instituciones en formaciones y actividades organizadas por los CDR ha facilitado una mayor comprensión y aceptación de las nuevas metodologías. Por ejemplo, en el CDR Guayente, tras una serie de talleres y sesiones informativas organizadas por el centro, varios profesionales de las residencias locales comenzaron a implementar cambios en su práctica diaria, incorporando aspectos del modelo AICP.

Por último, es importante mencionar el papel que ha desarrollado el programa a la hora de activar recursos en las comunidades en las que ha operado. En este sentido, la implementación de Biocuidados ha promovido la activación de recursos en las comunidades rurales, permitiendo no solo una respuesta más eficaz a las necesidades inmediatas de las personas participantes, sino también la creación de infraestructuras y colaboraciones que tienen el potencial de perdurar más allá del proyecto.

- **Activación y utilización de infraestructuras locales.** La activación y utilización de infraestructuras locales se centra en aprovechar y revitalizar espacios físicos existentes en las comunidades, que previamente estaban subutilizados o no accesibles de manera efectiva para la población. Esta activación de infraestructuras ha permitido crear espacios donde se puedan llevar a cabo actividades comunitarias, facilitando la cohesión social y el acceso a servicios esenciales. Para ello, los equipos de Biocuidados han trabajado en colaboración con otras instituciones, principalmente gobiernos locales, juntas vecinales o diversas asociaciones, para lograr la cesión y adecuada utilización de espacios como centros comunitarios, bibliotecas y edificios públicos que estaban infrautilizados. Estas infraestructuras se han adaptado para albergar actividades del programa y servir como puntos de encuentro para la comunidad en general. Por ejemplo, en el CDR El Villar, se llevó a cabo una exitosa activación de espacios comunitarios mediante acuerdos con las juntas vecinales y los ayuntamientos locales. Estos espacios,

que habían estado en desuso, ahora se utilizan regularmente para actividades organizadas por el programa. Un ejemplo destacado es la recuperación de una sala comunitaria, cedida por un ayuntamiento, que se ha transformado en un lugar de reunión donde los residentes participan en actividades sociales y recreativas dos veces por semana.

- **Fortalecimiento de las redes de colaboración y generación de alianzas institucionales.** Los CDR han trabajado para construir y consolidar relaciones estratégicas con diferentes entidades a nivel local, regional o nacional. Estas alianzas han sido fundamentales para coordinar esfuerzos, optimizar recursos y ofrecer una atención más integral y adaptada a las necesidades de la comunidad. A través de la cooperación con servicios sociales, ayuntamientos, organizaciones del tercer sector y otros actores clave, Biocuidados ha logrado ampliar el alcance y la efectividad de sus intervenciones, garantizando una mayor sostenibilidad de las acciones emprendidas y el mantenimiento de estas sinergias una vez finalizado el programa. Desde los equipos profesionales de los CDR se ha impulsado la creación de redes sólidas de colaboración que incluyen la formalización de convenios, la coordinación interinstitucional y el establecimiento de relaciones con organizaciones no gubernamentales y entidades del tercer sector. Estas acciones han permitido una integración más eficaz de los servicios ofrecidos, evitando la duplicación de esfuerzos y asegurando que los recursos se utilicen de manera eficiente. Además, estas alianzas han facilitado la derivación y seguimiento de casos, así como la movilización de recursos adicionales que han enriquecido la oferta de servicios disponibles para las personas participantes. Por ejemplo en el CDR Valdecea, la colaboración con los CEAS ha permitido coordinar recursos para atender a personas que no cumplían con los criterios formales de dependencia; en el CDR Montaña y Desarrollo, la colaboración intermunicipal facilitó la gestión conjunta de un centro comunitario y el transporte de participantes, asegurando la sostenibilidad de las actividades; el CDR O Viso se benefició de la alianza con Cruz Roja, que ofreció talleres de memoria y servicios de podología accesibles, además de integrar a personas voluntarias del programa en sus iniciativas. Finalmente, el CDR Pasiega estableció una red sólida con ayuntamientos y profesionales de la salud, facilitando el uso de infraestructuras locales y un seguimiento continuo de las necesidades, ofreciendo un servicio adaptado a las realidades de la comunidad y el CDR Montaña y Desarrollo logró la implicación de diversos ayuntamientos de diferentes colores políticos para poner en

marcha un espacio social, donde acuden personas de los tres municipios gracias a la unión de los 3 ayuntamientos.

- **Movilización de recursos humanos y voluntariado.** Biocuidados ha logrado activar y movilizar recursos humanos dentro de las comunidades, involucrando tanto a personas voluntarias como a figuras clave de la comunidad para ofrecer un apoyo más amplio y efectivo. Esta estrategia ha sido fundamental para aprovechar las habilidades y conocimientos locales, promoviendo una participación más amplia y diversa que fortalece el tejido social y asegura un apoyo más integral a las personas participantes del programa. La movilización no solo incluye a voluntarios/as tradicionales, sino que también involucra a profesionales, empresariado y vecinos/as, quienes aportan su tiempo, conocimientos y recursos para mejorar la calidad de vida en su comunidad. Biocuidados ha trabajado activamente para involucrar a distintos miembros de la comunidad en roles que contribuyan al bienestar de todos. Esto incluye la participación de farmacéuticos/as para ofrecer charlas sobre el uso adecuado de medicamentos, personas con conocimientos en tecnología para impartir talleres sobre el uso de herramientas como WhatsApp, y vecinos/as que se mantienen atentos al bienestar de las personas mayores o en situación de vulnerabilidad en su entorno. Además, empresarios/as locales han sido incentivados para contratar o aceptar en prácticas a participantes del programa, facilitando su inserción laboral y cambiando la percepción sobre sus capacidades.
- **Expansión y adaptación de servicios para la comunidad.** Ampliación y ajuste de los servicios ofrecidos para responder de manera más efectiva a las necesidades emergentes de la población local. Este enfoque ha permitido que los servicios, inicialmente diseñados para un grupo específico, se extiendan a un público más amplio o se modifiquen para adaptarse mejor a las realidades y demandas locales. Para ello, se ha trabajado para identificar las necesidades específicas de cada comunidad y, en función de estas, se ha ampliado o adaptado los servicios disponibles. Esto ha incluido la introducción de nuevos servicios en localidades donde antes no existían y la expansión de otros, siempre en respuesta a las demandas de la comunidad. Además, se han realizado ajustes en los servicios existentes para que sean más accesibles y relevantes para un mayor número de personas. Por ejemplo, en el CDR El Sequillo, se amplió el acceso a servicios de peluquería y podología en respuesta a la demanda de las personas usuarias, y se extendió el grupo de envejecimiento activo para incluir a más

participantes. En el CDR O Viso, se adaptaron talleres de memoria y servicios de podología a precios accesibles, en colaboración con Cruz Roja, permitiendo un mayor acceso de la población. En el CDR Pasiega, se ajustaron las infraestructuras locales para acoger nuevas actividades, mientras que en el CDR Grío, se organizaron clases de tecnología e informática con personas voluntarias del propio pueblo.

- **Creación de nuevos recursos.** La creación de nuevos recursos en respuesta a las necesidades identificadas es un aspecto clave del enfoque adaptativo de Biocuidados. A lo largo de la implementación del programa, se han identificado diversas carencias y desafíos específicos en las comunidades rurales, que han requerido el desarrollo de soluciones innovadoras y ajustadas a las realidades locales. En respuesta a las necesidades emergentes, Biocuidados ha facilitado la creación y desarrollo de recursos esenciales, como servicios de transporte, que son fundamentales en áreas rurales con infraestructuras limitadas. En L'Olivera, se estableció un servicio de transporte al que llamaron "Biobus". Utiliza furgonetas conducidas por voluntarios vinculados a L'Olivera y ofrece dos tipos de servicio: uno pautado, disponible los lunes, miércoles, viernes y sábados por la tarde, y otro bajo demanda para urgencias. El servicio pautado es gratuito, mientras que el transporte bajo demanda tiene un coste. Aunque inicialmente se pensó en ampliar el servicio a la comunidad, la capacidad limitada y la necesidad de asegurar su sostenibilidad han impedido su expansión más allá del proyecto Biocuidados. De manera similar, en el CDR Valdecea, los taxistas locales se convirtieron en un recurso crucial, proporcionando transporte para personas mayores y dependientes hacia servicios médicos y actividades esenciales, integrándose así en la red de apoyo comunitario. En el CDR Cerujovi, el apoyo del Ayuntamiento, particularmente a través de la provisión de transporte por parte del alcalde, fue fundamental para asegurar la participación de las personas mayores en las actividades del CDR, garantizando que la distancia no fuera un impedimento para su participación en la vida comunitaria. Por último, también vale mencionar la iniciativa del CDR de Montaña y Desarrollo mencionada para poner en marcha un centro social del que se pueden participar personas de tres municipios distintos.
- **Generación de vínculos informales.** La creación o generación de vínculos informales se refiere al fortalecimiento de las relaciones personales y comunitarias que surgen de manera espontánea como resultado de las actividades y el enfoque participativo del programa. diferencia de las relaciones formales, que se estructuran alrededor de

servicios o actividades específicas, los vínculos informales nacen de la interacción diaria y el compartir experiencias, y son esenciales para construir comunidades más solidarias y resilientes. Estas relaciones se han desarrollado en actividades diarias y en encuentros organizados, donde los/as vecinos/as pueden socializar, compartir experiencias y apoyarse mutuamente fuera de los esquemas formales del programa. La promoción de encuentros y actividades sociales, como paseos comunitarios, juegos de cartas, y grupos de discusión, ha sido clave para crear una red de apoyo que perdura más allá del programa. En el CDR O Viso, el programa ha sido un catalizador para la creación de nuevas amistades y redes sociales. Antes de participar en Biocuidados, muchas de las personas participantes no se conocían entre sí y carecían de redes sociales robustas. A través de su participación, han encontrado un espacio para socializar y sentirse parte de una comunidad más amplia. Un aspecto particularmente positivo ha sido la interacción extendida fuera del entorno del programa.

4.2.3 Abandonos y bajas

Durante el periodo de implementación, algunas personas se han ido desvinculando del programa por razones diversas. **Así, el total de personas que dejaron de participar en el proyecto hasta la fecha de esta evaluación es de 151, lo que representa un 24,6% del total de personas participantes.** Sin embargo, es importante explicar que las personas se desvinculan de Biocuidados por motivos muy distintos. Las dos principales categorías contempladas son las bajas, por un lado y, los abandonos, por otro. Las bajas son, en términos numéricos, mucho más importante que los abandonos – ya que representan el 85% de estas desvinculaciones, un total de 128 personas. La mayor parte de estas se deben a los siguientes motivos:

- **Fallecimientos.** Durante los casi tres años de proyecto se produjeron 51 fallecimientos de personas participantes, lo que **representa un 34% de las bajas.** Si bien este número puede parecer significativo, es comprensible dado que la mayoría de las personas participantes eran personas mayores con varios factores de riesgo asociados. De hecho, el 94% de estos fallecimientos ocurrió dentro del colectivo de personas mayores.
- **No respuesta.** 29 personas dejaron de comunicarse con el programa durante su participación. Por este motivo es difícil poder comprender cuáles son las causas de estas desvinculaciones, pero estas solo **representan a un 5% del total de personas participantes.**

- **Cumplimiento de objetivos.** Hasta ahora, 23 personas se han desvinculado del programa por considerar que ya se habían cumplido los objetivos planteados en el marco de Biocuidados. En muchos casos, estas personas tenían planes de vida más específicos y concretos que las demás, y una vez alcanzaron los objetivos principales, se decidió concluir su participación. Durante las entrevistas a profesionales se reveló que muchas personas estarían dándose de baja de esta manera en los próximos y últimos meses del programa, dado que sus planes de vida preveían la finalización de este acompañamiento para esta época.
- **Traslados a otro domicilio.** En total 25 personas se mudaron de domicilio a territorios donde el proyecto no tenía alcance. Estos pueden ser personas jóvenes que se mudaron para sus estudios o personas mayores que se fueron a vivir con sus familias, entre otros.

Por otro lado, **se registraron 23 abandonos de personas participantes. Estos representan algo menos del 4% del total de personas participantes** de Biocuidados. De estos, el 83% (19 personas) son personas mayores, y casi la totalidad de ellas (16, un 2,6% del total de personas participantes) han abandonado el programa por institucionalización. Si bien esta era una de las situaciones que el proyecto de Biocuidados intenta prevenir, es cierto que en muchos casos su incorporación al proyecto se daba por la urgencia de sus situaciones o el acontecimiento de algún problema que agravara la situación de vida de estas personas, por lo que o bien fue imposible evitarlo, o bien las personas o sus familias lo decidieron de esta manera. En cualquier caso, se trata de un porcentaje muy pequeño de las personas participantes. De hecho, teniendo en cuenta que todas las personas participantes tenían riesgo elevado de institucionalización, que solamente un 2,6% del total haya acabado siendo institucionalizado, puede considerarse un éxito.

En términos generales, tanto las personas participantes como sus referentes, a pesar de decidir abandonar el programa, mantuvieron una percepción positiva del mismo; y la decisión de abandonar el proyecto generalmente respondía a la necesidad de apoyos más intensivos, y continuos que los que el programa podía ofrecer, lo que motivó a algunos a optar por la institucionalización como una solución más adecuada a sus circunstancias.

Por último, 7 personas decidieron dar finalización a su participación por no considerar que los apoyos se ajustaran a sus necesidades, lo cual puede haberse dado por distintos motivos puntuales de cada situación.

4.2.4 Cierre y continuidad

El proyecto de Biocuidados fue concebido como un proyecto piloto con etapas previstas y una duración de tres años, a cerrar por completo en diciembre de 2024. En este contexto cada CDR avanzó en la implementación de cada proyecto de acuerdo con las necesidades y recursos de cada territorio.

La propia naturaleza de “piloto” de este proyecto ha generado algunas opiniones positivas y otras negativas. Por un lado, la oportunidad de contar con un proyecto bien financiado, innovador y flexible fue una oportunidad única para todos los centros, que recalcan el cambio que esto significó en sus formas de trabajar y posibilidad de alcance, de una manera sin precedentes. Por el otro lado, generó ciertas preocupaciones sobre la implementación de un proyecto que no tendría continuidad tal como estaba planteado, a pesar de la construcción, por diseño de mecanismos de sostenibilidad a partir de la construcción comunitaria. En este sentido, la preocupación más frecuente entre las personas profesionales de cada centro era la de generar expectativas sobre una posibilidad de oferta de cuidados a la que no podrían comprometerse de manera indefinida.

Es por estos motivos que, al entrevistar a las personas responsables de cada CDR, se asegura haber comunicado de manera clara y, en la mayoría de los casos, hasta repetida, la naturaleza temporal del proyecto a las personas participantes y a sus familiares. Esto se confirma al hablar con personas participantes de distintos territorios, aunque, también es cierto, de que en muchas existe la esperanza de que de alguna manera se consiga darle continuidad.

Frente a la finalización del proyecto formal, lo recogido durante las vistas y entrevistas a campo recoge que, efectivamente, los esfuerzos por el desarrollo de redes comunitarias y de recursos comunes sí generará cierta continuidad y, otros cuidados y apoyos, se verán finalizados o cambiarán su naturaleza. El criterio común por el cual se dará continuidad depende de dos factores fundamentales: 1) los recursos económicos y 2) la sostenibilidad de los mecanismos de implementación de las distintas actividades.

Las actividades que darán continuidad más allá de la finalización de Biocuidados son, de manera general, aquellas que son comunitarias y/o grupales y no dependen de visitas al hogar o servicios personalizados. Estas actividades en general son menos costosas en términos de recursos humanos y, en general, se pueden llevar adelante mediante alianzas con recursos en

el territorio ya existentes, como la cesión de espacios por parte de Ayuntamientos y la coordinación por parte de personas que continuarán su trabajo en los CDR. Además, como consecuencia de la activación comunitaria, en muchos casos también se cuenta con personas voluntarias que participan de estas actividades de manera activa, independientemente de la gestión del CDR. Se destaca, en todos los casos, por parte de profesionales y participantes, que la activación y actitud proactiva por parte de los centros es un recurso fundamental para generar estos encuentros o espacios comunes, ya que, si no, dependería de vecinos/as de cada pueblo que no necesariamente tienen esta disposición.

Otro valor agregado que frecuentemente se menciona como un recurso que tendrá continuidad es el posicionamiento de los CDR como lugar de referencia, a veces asociado a ciertos profesionales y a veces menos. Es decir que, si bien en la mayoría ya no se podrá dar un apoyo individualizado de la misma manera que se hacía hasta el momento, queda el equipo del CDR y, a veces, su espacio físico mismo, como un lugar en donde ser referido/a a recursos necesarios, ya sea para la gestión de cualquier necesidad, o un espacio social de encuentro e intercambio del territorio.

Frente al panorama de finalización del proyecto, los diversos CDR han identificado distintas estrategias para darle continuidad al proyecto entero o a partes de él. Algunas de las más frecuentes y/o interesantes son:

- **La búsqueda de fondos complementarios.** En la mayoría de los centros se está realizando un esfuerzo para conseguir fondos de distintas fuentes que puedan costear algunas de las actividades, ya que identifican este componente como la mayor limitación a su continuidad. En todos los centros ya existe experiencia en la gestión de recursos o convocatorias de distintas fuentes para proyectos puntuales, aunque, usualmente, son menos abarcadores y flexibles que Biocuidados. En la mayoría de los casos se mencionan potenciales ayudas estatales, autónomas o provinciales.
- **Plan de derivaciones a otros recursos.** Para la mayoría de los CDR ha sido una práctica constante el apoyo a las personas para la consecución y la gestión de recursos y apoyos para sus necesidades particulares, como lo son el reconocimiento de dependencias, o discapacidades, el acceso a becas o ayudas o el acceso a atención de la salud física o mental. En vistas de la finalización del proyecto, se realizó un esfuerzo extra para asegurar de que estos recursos lleguen a tiempo de la finalización del proyecto, para

darle una continuidad de cuidado a estas personas. Asimismo, en los casos de apoyos más vinculados a lo social o participativo, se ha conectado a las personas con otras actividades o programas recurrentes en los CDR.

- **Gestiones políticas.** En algunos centros también se han hecho gestiones con representantes locales, como los alcaldes de distintos pueblos para que, en conjunto se puedan gestionar más recursos para este tipo de actividades. Precisamente, en el CDR de Montaña se ha hecho un esfuerzo de coordinar a las autoridades locales para que financien en parte y apoyen la gestión de otros recursos autónomos para la continuidad de las actividades. Particularmente, el apoyo de los ayuntamientos para actividades comunitarias y de cuidados no es frecuente en el entorno rural, pero en este caso ha resultado una alianza poderosa para gestionar recursos, como el transporte y el apoyo a distintas actividades.
- **Apoyo a partir de las residencias.** Para aquellos centros que sí tienen a cargo residencias de personas mayores o de personas con discapacidad se ha analizado la posibilidad de que algunos apoyos domiciliarios puedan realizarse con los recursos de estos centros. Esta podría ser una idea innovadora para prevenir la institucionalización de aquellas personas que puedan y quieran mantenerse en el hogar, a partir de profesionales ya expertos en estos cuidados, sin que las personas pierdan autonomía. Esto podría servir para apoyos en las comidas, limpieza y/o higiene, traslados y demás apoyos de necesidades básicas.
- **Copago.** Si bien algunos centros ya habían funcionado con un servicio de copago para algunas actividades, más centros se han planteado esta posibilidad para poder hacer frente la continuidad de algunos apoyos, sobre todo individuales.
- **Reducción en el alcance de las actividades.** El proyecto de Biocuidados había permitido a muchos CDR ampliar su esfera de actividades a pueblos en donde no habían podido desarrollarse anteriormente. La finalización del proyecto y la disminución de recursos humanos, sobre todo teniendo en cuenta el tiempo necesario de traslados, hace que se considere enfocarse en ciertos territorios en particular.

De todas maneras, es importante recalcar el legado que el proyecto de Biocuidados tendrá en estos territorios independientemente de la continuidad de las actividades que desarrolló. En primer lugar, más allá de los beneficios individuales ya generados y desarrollados en la sección

anterior, los vínculos reforzados a partir de la dinamización comunitaria lograda podrán significar una red de apoyo a las personas que trasciende el proyecto en sí.

Por otro lado, desde la evaluación intermedia de este proyecto, se remarcó por la mayoría de las personas profesionales, el cambio que significó para sus formas de trabajar, su perspectiva y su enfoque profesional el cambio de enfoque hacia la Atención Integral Centrada en la Personas (AICP). Incluso aquellas personas profesionales que ya tuvieran incorporada una perspectiva más horizontal hacia las personas participantes y un enfoque centrado en las necesidades individuales de cada una resaltan que el proyecto les permitió poder implementar esta perspectiva sin tener que desarrollar un proyecto ya “enlatado” y prediseñado. Este cambio de filosofía y la experiencia de implementación ganadas tendrá, sin dudas, influencia en el resto de los proyectos que estos profesionales implementen.

Finalmente, la expansión en alcance que el proyecto de Biocuidados implicó para la mayoría de los CDR los ha posicionado como un espacio de referencia para muchos pueblos, familias y personas que no necesariamente conocían este recurso de apoyo. Más allá de los servicios que en el futuro puedan ofrecer, se han posicionado como un lugar de referencia, incluso para las consultas y conexiones informales de recursos, que se han reconocido y desarrollado durante la implementación de Biocuidados. En muchos casos, el espacio físico se ha convertido en un lugar de encuentro previamente inexistente en los pueblos, que podría tener continuidad.

5. Conclusiones

Las necesidades de cuidados en el entorno rural, tal como se presenta en este informe, son específicas del contexto y pueden verse exacerbadas por las características propias de dichas áreas. En primer lugar, el despoblamiento y el envejecimiento de la población agravan la falta de oportunidades para quienes desean permanecer en sus pueblos de origen. Esta carencia, a su vez, afecta el acceso a servicios esenciales, que son menos accesibles y de menor calidad en comparación con los entornos urbanos.

Las personas con necesidades de cuidados resultan especialmente vulnerables ante tal escasez, enfrentando mayores dificultades para trasladarse a otros territorios donde estos servicios estén disponibles. Las largas distancias entre localidades, combinadas con la falta de autonomía de las personas afectadas y la inexistencia de transporte público, incrementan su riesgo de institucionalización, así como su aislamiento. Esta situación afecta a diversos colectivos, entre los que se encuentran personas mayores, las personas con problemas de salud mental, las personas con discapacidad o las personas jóvenes en riesgo de exclusión social.

El proyecto Biocuidados ha ofrecido una oportunidad única para explorar alternativas de cuidado que respondan a estas situaciones en diferentes territorios de España. Proporcionó a los CDR una **metodología estructurada, protocolos de implementación y una financiación clave para desarrollar este tipo de trabajo**. Además, su **diseño flexible** permitió que cada CDR adaptara sus actividades a las necesidades del territorio y que las personas profesionales ajustaran su labor a los deseos y circunstancias de cada persona participante. Este **enfoque centrado en la persona** contrasta con otros proyectos más rígidos que suelen priorizar actividades previamente determinadas.

Gracias a esta flexibilidad, las actividades implementadas han sido diversas, pero destacan dos enfoques principales: el individual y el grupal. Las actividades individuales son intervenciones directas entre la persona participante y la profesional (gestora de plan de vida o facilitadora), mientras que las actividades grupales, ofrecidas en espacios públicos, buscan atender necesidades comunes y fomentar la creación de lazos comunitarios. Entre las actividades grupales se incluyen aquellas comunitarias, cuyo objetivo es fortalecer los vínculos sociales en el territorio e incentivar las dinámicas de convivencias entre todas las personas del territorio.

Aunque ambos tipos de actividades han sido fundamentales, **las actividades individuales demandan una alta dedicación horaria por parte de las personas profesionales, lo que implica un nivel de financiación que muchos CDR no pueden sostener de forma permanente.** Estas actividades requieren que las personas profesionales se desplacen a los domicilios, dediquen tiempo significativo a la atención de las personas, o incluso las trasladen a servicios de salud a los que no pueden acceder por sí mismas. En muchos casos, el proyecto Biocuidados ha asumido responsabilidades que corresponderían a los servicios públicos de salud y los servicios sociales, lo que evidencia las limitaciones en la oferta y respuesta de estas instituciones en las áreas rurales.

Ambos servicios son aliados clave de los profesionales de Biocuidados y, en múltiples entrevistas realizadas en distintos territorios se ha destacado, por ambas partes, la importancia y los beneficios de la colaboración conjunta en la atención a las personas. No obstante, también se ha señalado la insuficiencia en los recursos disponibles y el limitado alcance de lo que pueden ofrecer, así como las diferencias en los tiempos de respuesta para atender las necesidades de las personas. En este contexto, muchas de las actividades individuales realizadas por los CDR han funcionado como un apoyo temporal mientras se gestionan o se espera la atención en salud mental, el reconocimiento de dependencias o discapacidades, o la llegada de algún recurso específico de ayuda.

En cambio, las entrevistas de cierre del proyecto y los planes de continuidad de cada CDR revelan que **las actividades grupales que se han desarrollado en el contexto de Biocuidados son más sostenibles y que, en algunos casos, presentan buenos resultados y altos niveles de satisfacción entre sus participantes.** Además, responden a uno de los pilares del programa: la activación comunitaria. Algunos ejemplos relevantes de este tipo de actividades son:

Así, el proyecto Biocuidados, mediante este tipo de actividades, grupales, así como la conexión entre participantes vecinos o con intereses afines para actividades conjuntas y cuidado mutuo, ha sido fundamental para muchas personas que anteriormente se encontraban aisladas y experimentaban soledad en la generación de nuevos vínculos. Además de brindar oportunidades de compañía, estas iniciativas han favorecido mejoras en los hábitos de los participantes, quienes ahora realizan paseos y mantienen un contacto más frecuente. Estos encuentros han impulsado la socialización y fomentado el desarrollo de hábitos de vida más saludables.

Además, en diversos CDR se han habilitado espacios abiertos para actividades, donde las personas participantes eligen diariamente qué hacer, ya sea a partir de sugerencias o bajo la coordinación de profesionales. En varios casos, estos espacios representan los únicos puntos de encuentro y ocio disponibles, favoreciendo la interacción y la creación de vínculos de apoyo mutuo. Además, algunas de estas áreas ofrecen actividades regulares, gestionadas de manera independiente o con el respaldo de personas voluntarias y ayuntamientos, convirtiéndose en plataformas para el desarrollo de nuevas iniciativas a través del intercambio entre los participantes además de las que ya se están llevando a cabo.

Gracias al programa, y también en relación con la comunidad, los CDR se han convertido en referentes o nexos entre recursos. En numerosos casos, los profesionales del CDR actúan como referentes para las personas participantes, facilitando su vinculación con diversos recursos. Esto puede incluir asistencia en la gestión de trámites o documentos que resultan complejos, o bien, en respuesta a consultas e intereses de las personas participantes, la activación de recursos locales que cubran sus necesidades o inquietudes. Este rol de referencia es visto por muchos como un elemento de continuidad en el territorio, donde podrán seguir encontrando apoyo e información sobre las alternativas disponibles.

De hecho, los CDR, como referentes dentro de la comunidad, identifican necesidades específicas de la población y ofrecen respuestas altamente adaptadas y personalizadas a las circunstancias de cada persona. Esto incluye, por ejemplo, servicios de comidas o actividades de envejecimiento activo para personas mayores, apoyo para la inclusión laboral de personas con discapacidad, y alternativas de acompañamiento para niños y niñas en situación de riesgo. Es fundamental que continúen desarrollando soluciones flexibles que se ajusten a las necesidades cambiantes de la población.

Además, en los entornos rurales, donde la despoblación y la escasez de recursos son comunes, **la dimensión social y comunitaria de los cuidados adquiere una relevancia especial**. Activar a la comunidad e incentivar la interacción entre vecinos/as es esencial para combatir el aislamiento y construir redes de apoyo que fortalezcan el tejido social. Así, al inicio del proyecto, las horas de Biocuidados se centraban mayormente en el enfoque individual, pero a medida que el programa avanzaba, los CDR comprendieron la importancia de priorizar el enfoque comunitario. Esto llevó a un cambio en la distribución de tiempo dedicado a las actividades, pasando de un 40% en actividades comunitarias y 60% en actividades individuales en 2022, a un 47% y 53%

respectivamente en 2024. Este enfoque no solo ha resultado crucial para la sostenibilidad de los cuidados, sino también para lograr un impacto duradero en la cohesión social y el bienestar de las personas participantes en un contexto rural que, de otro modo, ofrece pocas oportunidades de interacción social.

Por otro lado, **una de las prácticas clave que contribuye a la sostenibilidad del proyecto es la transversalidad del enfoque** de Biocuidados. Desde su inicio, se fomentó un trabajo integrado en cada centro, con la participación de un equipo multidisciplinario que pudiera atender las diversas necesidades de los distintos perfiles de personas participantes. Esta estrategia evitó la fragmentación de recursos dirigidos a colectivos específicos, lo cual es particularmente importante en el entorno rural, donde el acceso a recursos es limitado. De los 18 centros involucrados, 15 trabajaron con tres o más perfiles de personas, alcanzando así al 85% de las personas participantes de Biocuidados. Los resultados han sido altamente positivos, ya que las personas participantes señalaron que la adaptación del proyecto a sus necesidades fue prácticamente total en estos centros. En gran medida esto se debe al enfoque de la AICP en el que se basó el proyecto, ya que permitió a las personas profesionales enfocarse en la necesidad y autodeterminación de cada individuo, en lugar de en una prescripción de lo que debería realizarse para un determinado colectivo de personas.

En cuanto a los resultados reportados por las personas participantes, destacan **mejoras significativas en las áreas priorizadas, como la prevención y estado de salud, el ocio y el bienestar general. Los efectos varían según el perfil de los participantes**: mientras que los niños y niñas en situación de riesgo registraron avances en educación y empleo, las personas con discapacidad y con problemas de salud mental mejoraron en áreas como la salud, la autonomía y las oportunidades de socialización. En el caso de las personas mayores, el colectivo mayoritario, aunque presentaron mejoras más moderadas, fueron las que mostraron mayor satisfacción general con el proyecto.

Por último, la información disponible apunta a que Biocuidados ha generado buenos resultados en cuanto a la prevención de la institucionalización y los procesos de desinstitucionalización de las personas participantes. Solo un 3% de las personas participantes fue institucionalizado durante el transcurso del programa, lo que representa un porcentaje mínimo considerando la edad promedio de los beneficiarios. En términos de desinstitucionalización, se lograron avances

significativos en la promoción de viviendas autónomas, además de generar cambios en las prácticas de cuidado en instituciones residenciales, integrando conceptos clave de la AICP.

Finalmente, es importante destacar el valor fundamental que ha tenido la evaluación continua dentro del proyecto Biocuidados. La incorporación de instrumentos de recolección de información y el desarrollo de una metodología evaluativa desde el diseño mismo de la intervención constituyen una buena práctica que rara vez se observa en el ámbito de la intervención social.

6. Recomendaciones

El análisis y las conclusiones presentadas permiten deducir algunas recomendaciones generales válidas tanto para el proyecto de Biocuidados, como para otros proyectos con objetivos similares en entornos rurales que puedan existir en el futuro. A continuación, se presentan estas recomendaciones según su clasificación en cuatro grandes categorías:

- Organización interna, protocolos y herramientas de trabajo
- Alianzas, activación de recursos y sostenibilidad
- Tipos de actividades
- Evaluación de la intervención

Tabla 4. Recomendaciones

Organización interna, protocolos y herramientas de trabajo	
Mantener pero simplificar instrumentos de seguimiento y reporte	A partir de lo recogido, los instrumentos y protocolos sobre el plan de vida e historia de vida son muy útiles para la construcción de un vínculo entre las personas profesionales y las personas participantes. Sin embargo, los registros, sobre todo de horas, tal como están diseñados representan una sobrecarga excesiva de horas para completar en esta tarea. El objetivo de esta simplificación es que el trabajo de carga y rendición de cuentas no vaya en detrimento de la

	dedicación y atención a las personas. Algunos cambios posibles son: • Simplificar el reporte de horas por tarea. • Flexibilizar los procedimientos en cuanto al momento de desarrollo de la historia de vida. • Reducir en campos la mayoría de los documentos, sobre todo aquellos que puedan resultar repetitivos.
Ofrecer formaciones más prácticas a las profesionales y espacios de intercambio y aprendizaje entre centros	Si bien las formaciones ofrecidas han sido valoradas positivamente, en muchos casos se ha expresado la necesidad de capacitaciones más prácticas, orientadas a áreas comunes a la mayoría de los centros, como el cuidado de personas mayores o técnicas de dinamización comunitaria. Incluso, sería beneficioso incluir ejemplos de casos reales de intervenciones similares. Asimismo, varios profesionales han señalado la importancia de contar con espacios específicos de intercambio, donde puedan compartir aprendizajes e innovaciones surgidas durante la implementación del programa.
Mejorar la comunicación externa del programa.	Es fundamental mejorar la claridad y la variedad de las formas de comunicación sobre las intervenciones del programa. Contar con materiales de comunicación más explícitos y detallados acerca de los objetivos y las actividades del proyecto beneficiaría su implementación desde las primeras etapas. Esto proporcionaría a los profesionales una mayor comprensión sobre los ámbitos y alcances de sus posibles intervenciones, y también facilitaría la accesibilidad para los potenciales beneficiarios,

	ayudándoles a entender de manera más clara qué implica participar en el programa. Asimismo, una estrategia de comunicación más dirigida podría fomentar la participación de más hombres, especialmente entre las personas mayores, un colectivo que hasta ahora ha tenido una menor representación.
Alianzas, activación de recursos y sostenibilidad	
Generar comunicación oficial con referentes de Comunidades Autónomas.	Dado el carácter estatal del programa, sería recomendable establecer canales de presentación, comunicación y coordinación con los gobiernos de las comunidades autónomas, quienes desempeñan un papel clave en la provisión de los servicios de cuidados más relevantes. Esta estrategia permitiría fortalecer desde el inicio los vínculos entre los CDR y los actores más importantes en su ámbito de intervención, facilitando además la gestión de demandas o mejoras estructurales, como el acceso al transporte o a los servicios de salud locales.
Colaboración con municipios y entre municipios	Aunque los Ayuntamientos de localidades pequeñas, como aquellas donde interviene Biocuidados, no son responsables de la provisión de servicios básicos de salud, salud mental o servicios sociales, sí tienen un interés prioritario en mejorar la calidad de vida en sus territorios, dinamizar la actividad económica y promover que las personas permanezcan en su comunidad. Por ello, sería crucial fomentar su implicación activa en la búsqueda de soluciones para las necesidades detectadas, tales como la creación de espacios de encuentro, la organización de actividades comunitarias y la colaboración en el transporte

	entre pueblos cercanos. Dada la limitación de recursos, sería valioso impulsar la mancomunación de estos recursos, especialmente el transporte, y asegurar la disponibilidad de espacios abiertos en los pueblos, lo que facilitaría los encuentros y la cohesión social.
Colaborar con centros residenciales	Dado que uno de los objetivos centrales del proyecto es promover la desinstitucionalización y prevenir la institucionalización, los centros residenciales para personas mayores, personas con problemas de salud mental y personas con discapacidad podrían convertirse en aliados clave. Estos centros, debido a su experiencia y conocimiento en el cuidado de estos colectivos, podrían colaborar en la provisión de servicios ambulatorios como medida preventiva. No obstante, su papel más relevante radica en la adopción del enfoque de AICP, esto es, seguir integrando este modelo en sus prácticas para mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía de las personas institucionalizadas, brindándoles un trato personalizado y respetuoso con sus derechos y necesidades individuales.
Sostenibilidad	Algunos de los servicios y actividades que ofrece Biocuidados podrían implementarse bajo un modelo de pago o copago por parte de las personas participantes, lo que contribuiría a su sostenibilidad a largo plazo. En ciertos centros, esta práctica ya se lleva a cabo y ha demostrado ser útil para mantener actividades específicas, permitiendo así que se continúen brindando apoyos puntuales de manera más estable y con menor dependencia de financiamiento externo.

Nexo con servicios e instituciones	Uno de los aspectos más valorados por los equipos profesionales en todos los centros es la relación y colaboración con los referentes de salud y servicios sociales en cada territorio. Estas alianzas han sido clave para detectar y responder a las necesidades puntuales de las personas participantes, y resulta fundamental que se mantengan activas una vez concluida la intervención, dada la función de los CDR como puntos de referencia en cada comunidad. En los casos donde se trabajó con personas en residencias, se observaron avances importantes en la adopción del enfoque de la AICP, el cual ha contribuido a mejorar la calidad de vida de los residentes. Sin embargo, en los procesos de desinstitucionalización, persisten riesgos, como la pérdida de la plaza en la residencia durante el período de prueba. Flexibilizar estos procesos sería crucial para reducir los riesgos que enfrentan las personas al intentar regresar a una vida más autónoma fuera de la institución.
Tipos de actividades	
Actividades grupales y de dinamización comunitaria	Las actividades grupales desarrolladas en el marco de Biocuidados han demostrado ser más sostenibles desde el punto de vista económico y, en varios casos, han generado resultados positivos y altos niveles de satisfacción entre las personas participantes. En particular, destacan aquellas que fomentan la creación de vínculos entre personas, actúan como nexos entre los participantes y los servicios disponibles, y pueden implementarse de forma colectiva. Sin embargo, la principal barrera para estas actividades es

	el traslado de las personas que no pueden desplazarse de manera autónoma. Por ello, es crucial encontrar soluciones a este problema, ya sea a través del apoyo del centro o mediante alianzas con otros actores.
Evaluación de la intervención	
Considerar añadir escalas estandarizadas de bienestar (psicológico, satisfacción, etc.) y de acceso a servicios	Para garantizar la calidad en la medición de los efectos del programa, sería recomendable incorporar medidas estandarizadas de bienestar emocional, social y de salud, así como indicadores de acceso a servicios, que hayan sido desarrollados y validados en la literatura académica. Esto facilitaría el uso de herramientas previamente contrastadas, simplificaría el proceso de desarrollo de instrumentos propios y permitiría la comparabilidad de los resultados con otras intervenciones similares.
Herramientas de recolección de información sencillas	Las herramientas de recolección de información podrían simplificarse y estandarizarse, con campos cerrados, bien definidos y comunes para todas las personas y profesionales involucrados. Esto facilitaría la comparación de datos entre distintos casos y centros. Además, la simplificación de las herramientas reduciría el tiempo que los profesionales dedican a la carga de datos, permitiendo dedicar más tiempo a la atención directa y minimizando los errores en la recolección de información. Sería igualmente recomendable mejorar las medidas relacionadas con el riesgo de institucionalización y la recopilación de datos sobre las condiciones de vivienda y/o residencia, con el fin de captar aspectos clave que ayuden a evaluar mejor estas situaciones.

Grupo de control

Finalmente, sería importante que los próximos esfuerzos en este sentido consideren la posibilidad de realizar evaluaciones de impacto, en donde se puedan comparar resultados con un grupo de control y así poder establecer causalidades más robustas entre la intervención y los efectos observados.

7. Bibliografía

- Alcaraz Pajares, S., Almela Gambín, M., Álvarez Lozano, I., Andrade Pino, P., Bariffi, F., Barranco Avilés, M. C., Bonell, C., Castellanos Quintana, J. V., Cuenca Gómez, L., Cuenca Gómez, P., Dalli, M., De Luis Romero, E., Díaz Gorfinkel, M., Espinosa Acevedo, C., Flores Giménez, F., García Crespo, K. M., García Medina, J., García Sánchez-Mayoral, I., González Arellano, J., Gracia Ibañez, J., ... Vidaña Moya, L. (s.f.). Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. Proyecto EDI.
- Banco de España. (2021). Acceso a servicios de atención primaria en España: una perspectiva comparada. Documento Ocasional 2122.
- Bello Paredes, S. A. (2023). La despoblación en España: Balance de las políticas públicas implantadas y propuestas de futuro. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 19, 125-147.
- Camarero, L., & Oliva, J. (2019). Thinking in rural gap: Mobility and social inequalities. *Palgrave Communications*, 5(95). <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0306-x>.
- Confederación de Centros de Desarrollo Rural. (2024). Plan de vida. Proyecto de vida centrado en la persona, en entornos rurales. Biocuidados.
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Social cohesion and belonging predict the well-being of community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 15, 30. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0027-y>.
- D'Angelo, O. (2002). Sentido de vida, sociedad y proyecto de vida. En L. R. Bombino (Ed.), *Ética y Sociedad T II* (pp. 175-189). La Habana: Edit. Félix Varela.
- Fresno. (2024). Biocuidados, nuevos modelos de cuidado prestados por la comunidad, centrados en la persona, en entornos rurales. Evaluación económica.
- Fundación "La Caixa". (2021). Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>.
- Fundación ONCE & Fundación AXA. (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro_soledad-v2.pdf.
- Henning-Smith, C., Lahr, M., MacDougall, H., & Mulcahy, J. (2022). Social cohesion and social engagement among older adults aging in place: Rural/urban differences. *UMN Rural*

Health Research Center Policy Brief. <https://rhrc.umn.edu/publication/social-cohesion-and-social-engagement-among-older-adults-aging-in-place-rural-urban-differences>.

IMSERSO. (2022). Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). Cifras de población y censos demográficos.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Proyecciones de población 2022-2072.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). Diferencias entre áreas rurales y urbanas: Demografía de la UE.

Jones, C. A., Jhangri, G. S., Yamamoto, S. S., et al. (2023). Social participation of older people in urban and rural areas: Canadian Longitudinal Study on Aging. BMC Geriatrics, 23, 439. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04127-2>.

Klinenberg, E. (2018). Palaces for the people: How social infrastructure can help fight inequality, polarization, and the decline of civic life. Crown Publishing Group.

Koning, J., Stathi, A., & Richards, S. (2016). Predictors of loneliness and different types of social isolation of rural-living older adults in the United Kingdom. Ageing and Society, 37, 2012-2043. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000696>.

Lev-Wiesel, R. (2003). Indicators constituting the construct of 'perceived community cohesion'. Community Development Journal, 38(4), 332-343. <https://doi.org/10.1093/cdj/38.4.332>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. (2005). Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Grafo, S.A.

O'Brien, J. (1987). A guide to life style planning: Using the activities catalogue to integrate services and natural support system. En G. T. Bellamy (Ed.), A comprehensive guide to the Activities Catalogue: An alternative curriculum for youth and adults with severe disabilities (pp. 175-189). Baltimore: Paul H Brookers Publishing Co.

OCDE. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.

OED. (2017). Las personas con discapacidad residentes en el medio rural: Situación y propuestas de acción.

Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España. (2024). Componente 22: Plan de choque para la economía de cuidados y refuerzo de políticas de inclusión. <https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes/componente-22-plan-de-choque-para-economia-de-cuidados-y-refuerzo-de-politicas-de-inclusion>.

- Vicente, E., Nogués, L., & Orgaz, C. (Coords.), Blanco, M., Calzada, I., Cubillos-Vega, C., Domínguez, A. B., García, T., Carrasco, C. L., Martín Estalayo, M., Muriel, M., Sánchez, R., Serrano, A., ... Vega García, M. (2022). IV informe sobre los servicios sociales en España y la profesión del trabajo social. Consejo General del Trabajo Social.
- Ward, M., McGarrigle, C. A., Carey, D., et al. (2020). Social capital and quality of life among urban and rural older adults. *Applied Research Quality of Life*, 16, 1399-1415. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09820-7>.
- Hernández Bonilla, H. M., Gómez, L., Gélvez Rubio, T., Bush, A., & Herrera-Idárraga, P. (2020). El impacto de la pandemia en las mujeres rurales: análisis de las condiciones laborales y de las cargas de cuidado.
- Martín Gómez, Á., & Rivera Navarro, J. (2018). Feminización, cuidados y generación soporte: Cambios en las estrategias de las atenciones a mayores dependientes en el medio rural. *Revista Prisma Social*, 21, 219-242.
- Yanguas Lezaun, J. J., Leturia Arrazola, F. J., & Leturia Arrazola, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76, 23-32.