

Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión

Alejandro Gómez Ordoki

Gizebe Lab
ago2804@gmail.com

Javier Castro

Gizebe Lab
jcastro@socinnova.net

Hala ere, bost urteko indarraldiaren ondoren, garapen autonomiko heterogeneoa ikusten da. Zahartutako gizartearen eskaera gero eta handiagoi eta askotarikoei erantzungo dieten zainketa-ekosistemak sortzeko gizarte-politikek ibilbide dibergenteak egin dituzte. Gainera, etorkizuneko agertokiek aurreikusten dute familia pixkanaka galtzea lehen mailako asistentzia-hornitzaile gisa, zaintzaren etapa desberdinei erantzun harmonikoa emango zaiela bermatuko dugu, baina soilik baliabideen arteko trantsizioa koordinada jakin batzuekin gertatzen bada. Etorkizuneko bizilekua, ordea, bizitza-proiektu autonomo baten esparruan etengabeko zaintza-sentsazio eraginkorra sortzeaz gain, gizarte-arazoei aurre egiteko eragile aktiboa ere bada. Pandemiaren bitartez ikasitakoaren arabera, egoitzak ezin dira eta ez dira interpretatu behar arreta-gune isolatu gisa, baizik eta sozialki integratutako erakunde gisa.

GAKO-HITZAK:

Pertsona adinduak, zainketa-ekosistema, berrikuntza, pertzepzio holistikoa, arreta pertsonalizatua, trantsizioa, ebaluazio parte-hartzailea.

Desde la publicación de la ley de dependencia, las comunidades autónomas del Estado han implementado sus propios sistemas de atención para respetar el derecho subjetivo al cuidado. Sin embargo, tras cinco lustros de vigencia, se observa un desarrollo autonómico heterogéneo. Las políticas sociales para generar ecosistemas de cuidados que den respuesta a las demandas crecientes y diversas de una sociedad envejecida han trazado recorridos divergentes. Si, además, los escenarios de futuro prevén una paulatina pérdida de la familia como proveedor asistencial primario, solo garantizaremos una respuesta armónica a las distintas etapas del cuidado si la transición entre recursos se produce con unas determinadas coordenadas. Pero la residencia del futuro, además de producir una sensación efectiva de cuidado continuado en el marco de un proyecto de vida autónomo, también se presenta como un agente activo para combatir problemas sociales. La pandemia ha descubierto que las residencias no pueden, ni deben, interpretarse como núcleos de atención aislados, sino como entes socialmente integrados.

PALABRAS CLAVE:

Personas mayores, ecosistema de cuidados, innovación, percepción holística, atención personalizada, transición, evaluación participativa.

1. La transición hacia la residencia del futuro: metodología y objetivos de un proceso acelerado por la covid-19

Tras la crisis del coronavirus, la intención política de los diferentes ejecutivos autonómicos es clara y está compartida prácticamente sin fisuras: el modelo de atención —quizás, en un sentido más personalizado, el modelo de cuidados— debe cambiar. Si bien nadie discute que la covid-19 ha supuesto un punto de inflexión en los fundamentos del cuidado, las soluciones de futuro sí abren escenarios no necesariamente conciliados. El problema, una vez más, radica en consensuar los factores críticos del modelo, lo que necesariamente debería concluir en la definición de lo que se entiende, de modo inequívoco y autonómicamente transversal, como paradigma del cuidado de larga duración a personas mayores, una meta no alcanzada tras décadas de desarrollo normativo y experiencia asistencial. Sin embargo, la dispersión que caracteriza al Estado no parece terreno abonado para que el futuro se desarrolle en clave de homogeneización y, tal vez en menor medida aún, para estimar los efectos multidimensionales del cambio una vez decidido el nuevo rumbo (costes económicos implícitos y financiación pública correspondiente, modelos de gestión adaptables a las necesidades de atención emergentes, participación activa en la implementación de innovaciones sociales o inclusión decisoria de las personas usuarias en el cuidado).

A pesar de la evidente divergencia estatal desde muy distintas perspectivas (requisitos materiales y funcionales para la autorización/acreditación de centros o criterios de concertación, por ejemplo), diferentes voces del sector geroasistencial comienzan a reivindicar los mínimos necesarios para la redefinición del modelo. Los umbrales mínimos de atención se inspiran en los postulados de la atención centrada en la persona, la colaboración con el sistema público de salud, la calidad contrastable y la disposición de plantillas suficientes y reconocidas, social y económicamente (García *et al.*, 2021). El presente trabajo no es ajeno a estos principios “innegociables” y, asimismo, incorpora ideas relacionadas con otras dimensiones de futuro, entre otras razones porque las residencias, como recursos sociales que son, también se ven afectadas por los problemas globales y locales de distinta índole.

En los foros de debate institucional o profesional analizados sobre la residencia del futuro, se observa un reconocimiento explícito de la atención centrada en la persona como referencia obligada para redefinir el cuidado. Los efectos positivos de esta filosofía asistencial en la calidad de vida de las personas residentes han sido analizados en diferentes estudios. En este sentido, las intervenciones favorecedoras de la participación en actividades acordes a los gustos y preferencias de las personas residentes “mejoran la calidad de vida más que el modelo de atención tradicional” (Díaz Veiga *et al.*, 2014: 270). Ahora bien, ¿existen evidencias

para etiquetar el modelo como “tradicional”? ¿No habría tantos modelos “tradicionales” como normativas, organizaciones o centros, dependiendo del *know how* desarrollado en cada ámbito de actuación? ¿Los modelos “tradicionales” son incapaces de evolucionar para incorporar nuevas perspectivas del cuidado? ¿Los centros actuales no responden en medida suficientemente satisfactoria para interpretar que la Atención Centrada en la Persona (ACP), incluso de modo no procedimental, subyace en el estilo de cuidado? Las opiniones de residentes, familiares y profesionales del proyecto Red de participación y evaluación participativa en centros residenciales de Gipuzkoa¹ muestran mayoritariamente que determinadas cuestiones clave en materia de personalización y calidad de vida forman parte normalizada de la atención actual. En modo no despreciable, los centros residenciales han evolucionado para dar respuesta a una demanda social creciente; en otras palabras, no han perpetuado por sistema modelos del pasado sin ánimo de mejora.

Tan preocupante como un presente delicado es un futuro incierto. Esta incertidumbre, no exclusiva de un escenario postcoronavirus, condiciona —de hecho, siempre ha condicionado— la evolución del cuidado a las personas mayores. Sin embargo, a pesar de los obstáculos, las organizaciones del sector se han ido abriendo, con mayor o menor capacidad de adaptación, a paradigmas asistenciales alternativos, dando también cabida progresiva a la interacción con las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares, y no solo al escrupuloso cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales contemplados en norma. El cuidado en 2021, salvando las opiniones más agoreras, es sustancialmente mejor que a finales del siglo XX. Sin embargo, quedan retos importantes por plantear y objetivos que lograr para todos los agentes que interactúan para regular la actividad residencial (Administraciones Públicas, centros gestores, profesionales y sindicatos). El sector mostraría su madurez si recondujera la amenaza de la pandemia hacia una oportunidad de mejora real. Una entente que debería perfilar la estrategia del cambio desde seis ejes fundamentales:

- a. Estudio analítico del coste por plaza y su correspondencia con perfiles tipificados de dependencia (“indefinición de la composición modular del precio y/o coste por plaza por parte de las administraciones públicas, así como falta de transparencia en los cálculos correspondientes” (Gómez Ordoki, 2018: 150).
- b. Ratios suficientes y adaptadas al *mix* de dependencia de cada unidad de atención (residencia, planta, sector, unidad de convivencia, módulo, etc.).

¹ Iniciativa impulsada por Diputación Foral de Gipuzkoa para analizar la red residencial para personas mayores dependientes desde la sensibilidad de las personas residentes, de sus entornos sociofamiliares y de los profesionales implicados en el cuidado.

- c. Consideración y equiparación profesional con sectores asimilables (especialmente con el sanitario).
- d. Inspecciones públicas garantistas de la integración de objetivos económicos y asistenciales para alcanzar el bienestar.
- e. Implementación de estrategias de innovación como motor de avance y mejora.
- f. Escucha empática y proactiva de las expectativas de residentes y/o entornos sociofamiliares para adaptar el centro a las necesidades de las personas usuarias.

Pero el cambio, más en proyección evolutiva que disruptiva, tiene que contar con los recursos necesarios —posibilidades operativas de tipo técnico y económico— y con la voluntad profesional de un uso eficiente de estos. Y, asimismo, con una nueva conceptualización del papel desempeñado por las residencias como recurso social al servicio de las personas mayores. En este último cometido, los centros no encajan en el sistema como última etapa del cuidado (sentido unidireccional de la atención), sino como recursos capaces de conectarse con los diferentes nodos del ecosistema (sentido bidireccional).

Nadie con un mínimo conocimiento del sector rebatiría con seriedad la necesaria transición hacia otros modelos de atención. Pero hagámoslo con la pausa y la cautela que requieren los procesos de metamorfosis social. La evolución hacia nuevas fórmulas asistenciales pasa por planificar una adecuada dinámica para lograr un avance gradual en el que necesariamente deben participar, sin excepción, todos los actores del sistema. Para delimitar las acciones implementables en la transición hacia la residencia del futuro, el trabajo utiliza una metodología prospectiva con las siguientes fuentes:

- Análisis de datos e indicadores descriptivos para avanzar tendencias en el comportamiento de la oferta de recursos (cartera de servicios o recursos de las Administraciones Públicas) y en la demanda de soluciones (personas beneficiarias o “clientes” del sistema).
- Revisión bibliográfica (documentos de trabajo, artículos especializados o informes).
- Contenidos de talleres y reuniones con agentes de la red residencial de Gipuzkoa (residentes, entornos sociofamiliares, personal de centros, personal funcionario y operadores del sistema).
- Experiencias profesionales de los autores (consultoría y/o gestión directiva de centros residenciales).

Como más adelante se avanza, la residencia vip no se abstrae de las preocupaciones de la sociedad a la que sirve; tampoco se desliga del ecosistema asistencial al que pertenece. El artículo plantea la discusión sobre el futuro del cuidado residencial

en su sentido más poliédrico, dando cabida a todas las caras, tangibles e intangibles, presentes en la atención a personas mayores dependientes. En definitiva, el concepto vip persigue unos objetivos concretos que se tratan en los siguientes apartados: describir la variación temporal del peso relativo de los recursos de la cartera de servicios del sistema de atención a la dependencia (Apartado 2), entender la residencia como un nodo del ecosistema de cuidado (Apartado 3), definir las claves de la transición hacia la residencia del futuro (Apartado 4), consensuar el modelo de futuro desde la participación de todos los agentes (Apartado 5) y analizar los condicionantes del éxito en la reformulación del modelo residencial (Apartado 6). El artículo termina con un apartado de conclusiones que expanden la percepción vip por el ecosistema de atención a las personas mayores a través del *pentaedro de la transición* (flujo progresivo hacia la profesionalización del cuidado, integración de las residencias en la sociedad, transformación evolucionaria y no revolucionaria, democratización evaluativa y desarrollo de paradigmas residenciales basados en las relaciones significativas).

2. Evolución de la cartera de servicios en el Estado español: un ejemplo de heterogeneidad ecosistémica

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD), relaciona, en su artículo 15, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado. La sección segunda, por su parte, regula las prestaciones económicas que, a su vez, se despliegan de acuerdo con los grados de dependencia contemplados por el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). El conjunto de prestaciones resultante define el marco de desarrollo de políticas sociales para la atención a la dependencia. Las distintas comunidades del Estado dictan leyes y normas y desarrollan reglamentos para dotar de contenido a sus respectivos sistemas de servicios sociales en materia de atención a personas mayores. Si bien la Ley 39/2006 identifica los recursos asistenciales en modo de común denominador (suma de servicios —prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y atención residencial— y prestaciones económicas —vinculadas al servicio, asistencia personal y cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales—), no prevé, sin embargo, mecanismos de alcance asistencial homogéneo entre las comunidades autónomas y territorios forales. En uso de sus competencias, los gobiernos autonómicos han planificado sus estrategias y el resultado comparado es inequívoco: tantos modelos como administraciones competentes. Modelos que, aun partiendo de un mismo origen —la ley—, llegan a muy diferentes destinos —ecosistemas de cuidados—. La oferta y distribución de las

prestaciones es dispar y reflejo de las diferencias tanto en recursos y preferencias (Jiménez y Viola, 2019), o, lo que es lo mismo, en oferta y demanda.

2.1. La perspectiva cuantitativa de los ecosistemas autonómicos

2.1.1. Número de personas atendidas

Si por ecosistema de cuidado se entiende aquel conjunto de recursos que garantizan la atención en el continuo del cuidado a personas mayores dependientes, cuando analizamos la realidad intercomunitaria observamos que, si bien el continuo es un contexto asistencial compartido (mismo conjunto de servicios/prestaciones domiciliarias y extradomiciliarias a disposición de la sociedad), el peso específico de cada recurso social, por número de personas beneficiarias y coste unitario de atención, es particular de cada comunidad autónoma, o, dicho de otro modo, no todas las soluciones manejadas tienen idéntica cabida en el panorama estatal. Las políticas sociales definidas por cada autonomía o territorio han desembocado en distintos modos de entender un mismo problema que, sin embargo, pueden presentar algunos patrones cualitativos.

En general, el sector de los servicios sociales no se caracteriza por la abundancia de datos, plataformas de indicadores u observatorios de acceso público y alcance desagregado (amplio espectro de criterios y variables de distribución de la información agregada). Esta limitación informativa obliga a imaginar modelos estimativos teóricos, coherentes y verosímiles, para obtener comparativas que ayuden a ponderar la presencia de los diferentes recursos de atención para las distintas comunidades autónomas. En esta lógica operativa, las fuentes principalmente manejadas han sido dos: los dictámenes del observatorio de la dependencia de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y el panel de estadísticas históricas del Imserso (Fernández Muñoz, 2021), que, asimismo, se constituye en soporte documental fundamental de los referidos dictámenes.

En todo caso, como ya se ha avanzado, la fiabilidad de las fuentes es ciertamente relativa. Comprobemos el “caos” informativo. Según el estudio *Enfermedad por coronavirus en centros residenciales*, el número de fallecidos con covid-19 confirmado o sintomatología compatible ascendió, en el periodo marzo-diciembre de 2020, a 26.345 personas; en idéntico periodo, suspendido el acceso de nuevos residentes por cuestiones obvias, el número de personas usuarias de recursos residenciales o de la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) registra una reducción de aproximadamente la mitad (12.785 personas). Como reconoce el propio Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, mejorar los datos desde “una información robusta y su correspondiente análisis permite, sin duda, la determinación de las mejores estrategias ante los diferentes escenarios, además de

mejorar la transparencia ante la ciudadanía” (VV. AA., 2020a: 17).

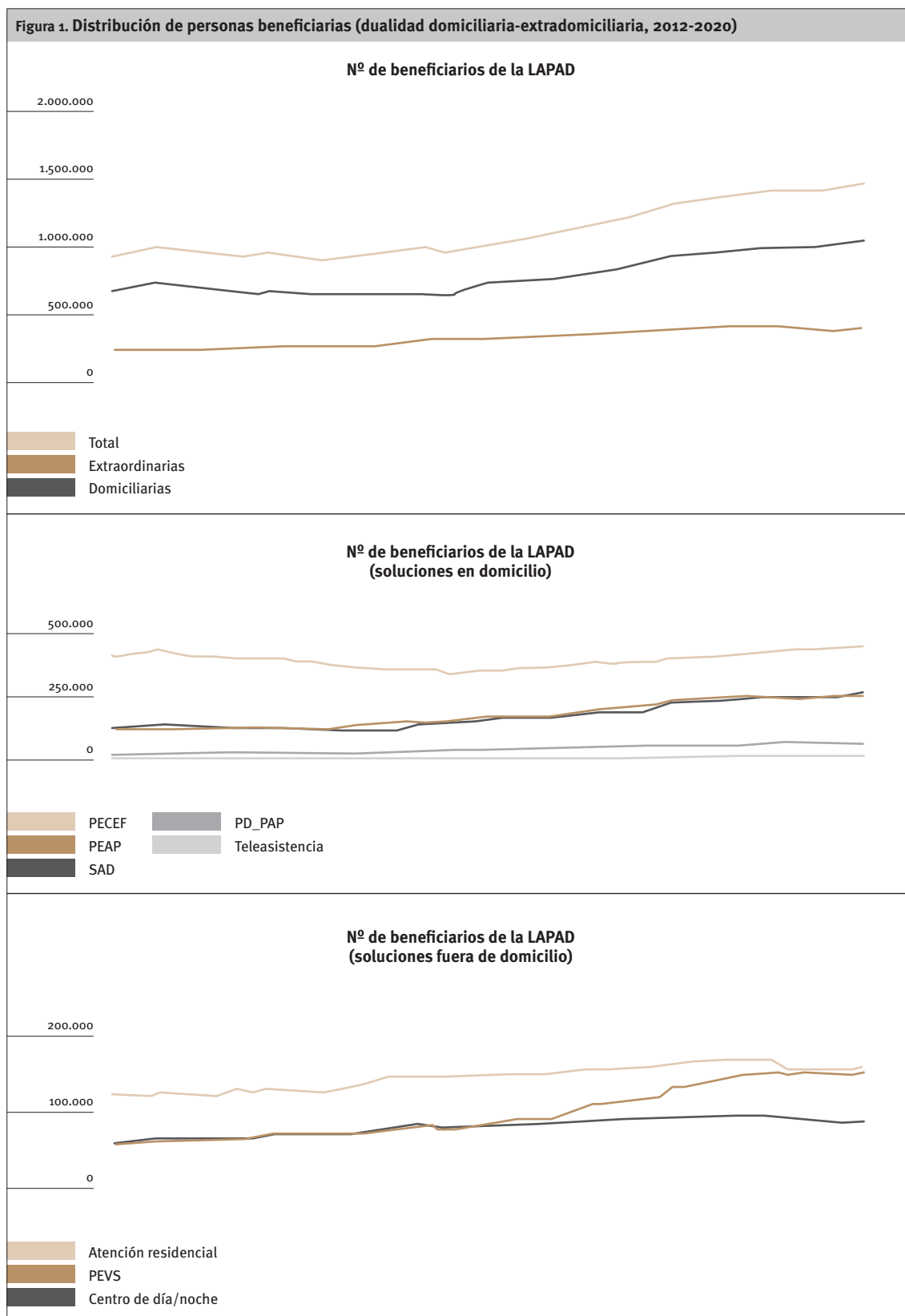
Como se observa en la Figura 1, a partir de 2015 se registra un crecimiento progresivo de personas beneficiarias de prestaciones por dependencia, principalmente causado por la demanda de soluciones de atención en un entorno de proximidad (las prestaciones económicas para el cuidado familiar, la atención domiciliaria y la teleasistencia marcan la pauta de crecimiento). Tanto es así que la demanda de recursos residenciales y de día/noche frena su tendencia incremental en febrero de 2020, aunque el agregado de cuidados extradomiciliarios se mantenga por efecto del incremento que experimentan las prestaciones vinculadas al servicio desde mediados de 2017. El mapa de tendencias es claramente progresivo, pero la demanda de recursos cambia con el tiempo y en orden heterogéneo según se analice una u otra comunidad autónoma. En cualquier caso, podríamos concluir que, en general, la demanda total de prestaciones es más reflejo del cuidado en el entorno domiciliario que imagen de la atención extradomiciliaria, lo cual constituye una evidencia empírica para la mayoría de las comunidades del Estado.

2.1.2. La maraña ecosistémica estatal

Peso específico de las prestaciones

Cada autonomía ha evolucionado de manera diferenciada en el cuidado a personas mayores dependientes. En el periodo analizado (2012-2020), el peso específico de cada prestación ha ido basculando hasta originar un mapa estatal en el que la heterogeneidad es la nota predominante. No obstante, dentro de la presumible divergencia de los modelos autonómicos, prevalece una tendencia compartida por quince de las dieciocho comunidades del Estado: la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF) es la solución asistencial más demandada y/o asignada. Para las tres autonomías en las que la PECEF no se constituye en la opción más extendida de cuidado, en dos de ellas los recursos domiciliarios se perfilan como alternativa principal (Galicia con la atención domiciliaria y Madrid con la teleasistencia); en la tercera, la PEVS es la prestación más tramitada (Extremadura). Emerge, en consecuencia, una idea clara acerca de la implantación de soluciones domiciliarias como eje sobre el que pivota el despliegue asistencial de la LAPAD.

En términos medios, el conjunto del Estado presenta una descriptiva unimodal con una presencia residual de las prestaciones económicas para la asistencia personal (PEAP). Como dato demostrativo de la escasa implantación estatal de la prestación, Gipuzkoa concentra el 70 % de las PEAP reconocidas a diciembre de 2020. Aunque se trate de un recurso domiciliario, su uso podría definirse como testimonial para el conjunto del sistema (0,30 % de media sobre el total de prestaciones en el periodo 2012-2020).



PECEF: prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

PEAP: prestación económica para la atención personal.

PEVS: prestación económica vinculada al servicio.

SAD: servicio de atención domiciliaria.

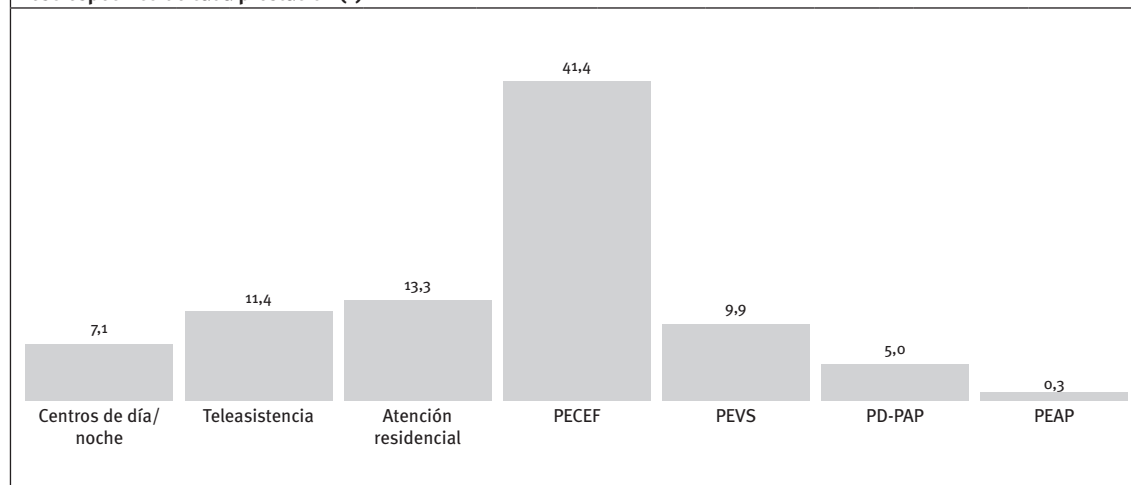
PD-PAP: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

Tabla 1. Clasificación autonómica de la importancia relativa (peso específico, expresado en tanto por ciento) de cada prestación de la LAPAD

Comunidad	Prestaciones domiciliarias					Prestaciones extradomiciliarias			Nivel agregado	
	PD-PAP	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	PECEF	PEAP	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	PEVS	Domiciliario	Extra-domiciliario
Andalucía	7 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Aragón	5 ^a	7 ^a	4 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Asturias, Principado de	4 ^a	7 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	3 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Balears, Illes	4 ^a	3 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	2 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Canarias	6 ^a	5 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	2 ^a	1 ^a
Cantabria	3 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	7 ^a	5 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Castilla y León	4 ^a	6 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	5 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Castilla - La Mancha	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a
Cataluña	7 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	2 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a
Comunitat Valenciana	7 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a
Extremadura	6 ^a	5 ^a	7 ^a	2 ^a	8 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a
Galicia	7 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a	8 ^a	5 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a
Madrid, Comunidad de	7 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Murcia, Región de	5 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	8 ^a	4 ^a	3 ^a	6 ^a	1 ^a	2 ^a
Navarra, Comunidad Foral de	6 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	8 ^a	7 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a
País Vasco	8 ^a	3 ^a	5 ^a	1 ^a	6 ^a	4 ^a	2 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Rioja, La	6 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	5 ^a	4 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a
Ceuta y Melilla	4 ^a	3 ^a	2 ^a	1 ^a	8 ^a	6 ^a	5 ^a	7 ^a	1 ^a	2 ^a

Peso específico de cada prestación (*)



(*) Cálculo como media aritmética entre el valor del peso específico de la prestación a enero de 2012 y dicho valor a diciembre de 2020
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

No obstante, este análisis relativo debería estar complementado por el análisis de la evolución del número de beneficiarios desde las tasas de crecimiento/decrecimiento acumuladas en el periodo

investigado. Por término medio, el conjunto del Estado presenta las tasas medias anuales que se reflejan en la Tabla 2.

Tabla 2. Tasa de variación acumulada media* en el número de personas beneficiarias (2012-2020)

Referencia	Prestaciones domiciliarias					Prestaciones extradomiciliarias			Nivel agregado	
	PD-PAP	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	PECEF	PEAP	Centros de día/noche	Atención Residencial	PEVS	Domiciliario	Extradomiciliario
Enero 2012-junio 2016	10,7%	1,4%	4,3%	-6,7%	37,2%	7,2%	4,3%	7,7%	-2,3%	5,9%
Julio 2016-diciembre 2020	13,4%	8,3%	6,2%	-4,4%	15,5%	-9,9%	-9,7%	8,9%	1,8%	-4,1%
Enero 2012-diciembre 2020	10,2%	4,1%	4,5%	-4,8%	22,7%	-1,5%	-2,5%	7,0%	-0,3%	0,7%

(* Tasa de variación acumulada media: $\sqrt[n-1]{\frac{v_n}{v_1}} - 1$, donde n: número de meses / v_1 : el primer valor de la serie / v_n : el valor enésimo de la serie.

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)

Las prestaciones domiciliarias replican escenario en ambas mitades del periodo 2012-2020 (tasas de crecimiento positivo para PD-PAP, teleasistencia, ayuda a domicilio y PEAP —aunque con efecto diferente si atendemos al peso específico de cada prestación—, y tasa negativa para las PECEF). Los servicios extradomiciliarios, como centros de día/noche y residencias, presentan un punto de inflexión cuyos efectos negativos se recuperan por el incremento de las PEVS, una tendencia que también experimenta la mayoría de las comunidades autónomas.

Destino del incremento en el número de prestaciones

Entre 2012 y 2020, el Estado aumenta sus prestaciones un 52,3%. El incremento no se distribuye uniformemente entre las comunidades y, en consecuencia, la dispersión vuelve a caracterizar el desarrollo autonómico de la LAPAD. Las diferencias agregadas son extremas (La Rioja decrece un 0,9%; en el punto opuesto, las Islas Baleares crecen un 251,9%), pero se observa una propensión hacia las prestaciones en entornos domiciliarios, fundamentalmente por el efecto combinado teleasistencia-ayuda a domicilio. En general, podría afirmarse que la teleasistencia y la ayuda a domicilio son las prestaciones que consolidan su presencia como recursos de futuro, si bien la PECEF se mantiene como prestación prevalente.

Tabla 3. Variación en el número total de prestación de la LAPAD (comparación entre enero de 2012 y diciembre de 2020)

Ámbito territorial	Aumento o descenso en el nº total de prestaciones		
	Total	Domiciliarias	Extradomiciliarias
Andalucía	17,4%	18,0%	13,3%
Aragón	70,7%	98,5%	25,5%
Asturias, Principado de	97,6%	135,4%	36,0%
Balears, Illes	251,9%	331,5%	60,6%
Canarias	136,0%	75,8%	213,0%
Cantabria	61,5%	68,4%	44,0%
Castilla y León	87,3%	77,8%	102,0%
Castilla - La Mancha	42,1%	31,4%	76,9%
Cataluña	33,3%	18,8%	83,2%
Comunitat Valenciana	113,6%	132,8%	83,1%
Extremadura	61,4%	3,4%	122,7%
Galicia	92,7%	114,4%	60,8%
Madrid, Comunidad de	66,7%	83,5%	37,2%
Murcia, Región de	28,4%	17,4%	89,7%
Navarra, Comunidad Foral de	81,1%	94,7%	49,5%
País Vasco	69,5%	84,2%	33,4%
Rioja, La	-0,9%	-10,4%	31,0%
Ceuta y Melilla	52,2%	53,8%	35,3%
Total Estado	55,6%	49,4%	62,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD).

2.2. Escenarios de gasto

Se analizan aquí datos publicados por el Imserso correspondientes al periodo 2014-2019. La limitación informativa observada en cuanto a estadísticas de contenido económico, principalmente referida a la gestión autonómica de las prestaciones económicas (datos de gasto público, perceptores por grados de dependencia, cuantías por prestación y tramos entre el máximo y mínimo a percibir) y, asimismo, las incoherencias evolutivas de las series temporales (mensuales y anuales) contenidas en la web del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, obligan a diseñar un modelo teórico estimativo de escenarios macro. Para interpretar algunas cuestiones de trascendencia operativa, se han seguido las indicaciones del Manual Práctico sobre la Ley de la Dependencia publicado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2012).

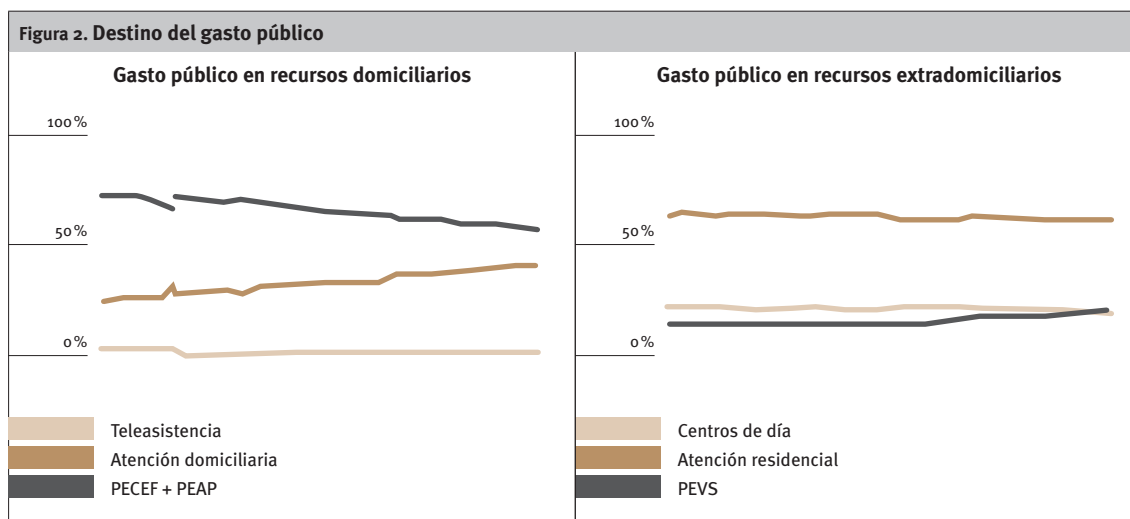
El modelo estimativo ofrece resultados en cascada a distintos niveles de agregación:

1. En el conjunto del Estado, la distribución del gasto entre prestaciones domiciliarias y extradomiciliarias se corresponde con una relación 30 %-70 %, aunque presenta una ligerísima tendencia al incremento lineal en los recursos extradomiciliarios. En el mapa autonómico, cinco comunidades se desvían de la pauta estatal (Andalucía, Murcia y Navarra, con una mayor proyección de soluciones domiciliarias; Canarias y Extremadura, con una apuesta clara por soluciones externas al domicilio). En todas las estimaciones, los coeficientes de correlación son aceptables (mínimo: 0,70/máximo: 0,98).
2. La aportación económica de las personas usuarias al sistema es dispar, aunque una relación 75 %-25 % entre financiación pública y privada podría ser representativa de la realidad estatal. Si bien se observan diferencias sustanciales en el tratamiento del copago, todas las comunidades plantean sistemas de financiación compartida para las prestaciones del catálogo de servicios. La cuota porcentual de copago asumida por las personas usuarias en servicios extradomiciliarios es sensiblemente superior a la misma variable para servicios domiciliarios (la diferencia podría estar por encima de la relación cuatro a uno). Evidentemente, el copago es una tentación difícil de vencer si el objetivo es maximizar el alcance de la LAPAD minimizando la inversión pública. La implementación de políticas sociales de *low-cost*, de eficacia contrastada para reducir el limbo de la dependencia, se ve beneficiada por el innegable efecto multiplicador de los recursos domiciliarios para responder del derecho subjetivo al cuidado. Si cada millón de euros invertido en el cuidado familiar eleva exponencialmente la tasa de cobertura, ¿cómo imaginar otro tipo de solución para recortar el limbo de la dependencia?

3. La mayoría de las comunidades comparten el destino del gasto público en dependencia. Las líneas de actuación en el periodo 2014-2019 adelantan algunas dinámicas de futuro, especialmente en el ámbito del cuidado domiciliario. El modelo predictivo construido anticipa una progresiva sustitución de las prestaciones económicas para el cuidado en entorno familiar por servicios de ayuda a domicilio, sin duda con mayor aceleración e intensidad en determinadas comunidades (por ejemplo, Andalucía, Castilla y León o Galicia). Un contexto asistencial como el que se presume también avanza una idea clara sobre el perfil de atención, cada vez más demandante de cuidados desde diferentes dimensiones asistenciales y para quienes la voluntad y el desempeño familiar podría no ser suficiente. En consecuencia, el gasto público reacciona y dota económicamente la atención profesionalizada en entornos de proximidad.
4. Los flujos entre las PECEF y la atención domiciliaria no tienen réplica en el ámbito extradomiciliario. La incapacidad del sistema para plantearse trasvases entre los centros de día/noche y las residencias —probablemente porque los primeros no ofrezcan soluciones de vida combinada entre domicilio y centro para determinados perfiles de atención—, dificulta la generación de flujos entre recursos. En estas circunstancias, el gasto es producto de dos factores principales:
 - Crecimiento vegetativo de la población a atender (siempre que la demanda no se dispare por efecto de una incapacidad de respuesta de la iniciativa familiar —reducción de las demandas para PECEF— y/o del cuidado profesional en el propio domicilio —minoración de solicitudes de SAD—).
 - Reconocimiento de prestaciones vinculadas al servicio (probablemente mayor cuanto menor sea el nivel de concertación pública de plazas residenciales).

Resumiendo:

- Dos de cada tres prestaciones se destinan al cuidado en el ámbito domiciliario. Si bien la PECEF se mantiene como el recurso más extendido, se constata una tendencia al alza en el número de personas beneficiarias por teleasistencia, SAD y PEVS. Un dato como producto del cambio en la estrategia pública para el cuidado a personas mayores dependientes: el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, como respuesta a los impactos de la crisis de la covid-19, prevé invertir 2.100 millones de euros en la transición de la atención institucional a la atención comunitaria (cambio cultural hacia la permanencia en el hogar desde una estrategia nacional de desinstitucionalización).
- La divergencia es una característica del sistema estatal de atención a la dependencia que ha



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD y del modelo predictivo construido.

derivado en la implementación de ecosistemas autonómicos heterogéneos, con distintas soluciones a los mismos problemas y que, no obstante, pivotan sobre un mismo eje conceptual: progresiva consolidación del cuidado en el propio domicilio como alternativa socialmente más demandada.

- El flujo estimado entre PECEF —linealmente decreciente según la Figura 2— y SAD —linealmente creciente— advierte de la evolución hacia perfiles cada vez más demandantes, pluripatológicos y dependientes. Con estas tendencias, el cuidado familiar empieza a dudar de su capacidad de respuesta y se comienzan a demandar apoyos profesionales para prolongar la atención en un entorno de proximidad (SAD). Pero, en todo caso, la tozuda realidad demográfica aplicada al continuo del cuidado, adelanta escenarios con potenciales usuarios de recursos extradomiciliarios, muy probablemente en servicios de cartera aún no diseñados. En un futuro que debemos construir para dar cabida a nuevas/mejoradas soluciones, se abren dos líneas de actuación complementarias si queremos garantizar la sostenibilidad de la LAPAD y el limbo cero:
 - Planes de formación combinados con programas de apoyos técnicos y económicos para cuidadores no profesionales (insistir en el cuidado de proximidad como opción natural).
 - Diseño/rediseño de soluciones extradomiciliarias desde la tríada innovación-integración-especialización (prospección de nuevas fórmulas de cuidado para el aluvión de personas y perfiles de atención por la incorporación al sistema de la generación del *baby boom*).

3. Enfoque holístico de la atención a personas mayores dependientes: la continuidad de los cuidados

El análisis descriptivo evalúa la prevalencia de los distintos servicios y prestaciones de la LAPAD en las distintas comunidades autónomas. Los resultados obtenidos se alinean con las conclusiones de otros estudios sociales como, por ejemplo, la encuesta sobre personas mayores del Imsero (Imsero, 2010) y el barómetro del CIS de mayo (CIS, 2009). Una encuesta de la Organización de Consumidores y Usuarios de 2017 cifraba en un 82 % la proporción de personas mayores con intención de envejecer en el domicilio; en caso de personas mayores dependientes, esta fue la opción prioritaria para tres de cada cuatro personas, “incluso entre quienes tienen un alto grado de dependencia” (cit. en Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, 2017). La consecuencia es inmediata: el cuidado informal, o el prestado por la red sociofamiliar sin contraprestación económica, sigue representando el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes (Ruiz Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Pero esta dicotomía selectiva (cuidador/a formal/informal en domicilio *versus* residencia) no puede ser óbice para entender el cuidado en términos de complementariedad, continuidad de la sensación de hogar y proximidad —ideas como “el nuevo modelo residencial empieza en casa” o “conexión con la vida vecinal” planteadas por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en su modelo “residencia su casa” (García *et al.*, 2021)—, al menos durante el tiempo en el que el sistema de protección social siga considerando al recurso residencial como una alternativa válida para el cuidado integral de personas mayores en situación de dependencia, incluso desde la especialización llevada a su mayor extremo.

Las políticas sociales en materia de atención y cuidados a las personas mayores combinan dos

planos diferentes de actuación pero intrínsecamente unidos: el envejecimiento activo/saludable y la atención a la dependencia. Todo lo que hagamos para retrasar el acceso de nuevos beneficiarios a la LAPAD y, en la medida de lo posible, en mejores condiciones de salud física y/o psíquica, redundará en una menor presión al sistema y, en teoría, en una mejora del cuidado por razones obvias. En esta dinámica de relación causa-efecto, la ratio de cinco plazas residenciales por cada cien personas con edades iguales o superiores a sesenta y cinco años recomendada por la OMS podría verse afectada. Una recomendación, por otra parte, ciertamente difícil de evidenciar (las búsquedas realizadas en la Red, incluidas las realizadas en la propia web de la Organización Mundial de la Salud, no han producido resultados concluyentes).

En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (OMS, 2015), se anuncian políticas de envejecimiento con enfoque inclusivo e integral que favorecen la permanencia en el hogar y en la comunidad. Un ideal que hacen propio las personas con dependencia y sus entornos familiares, a tenor de las descripciones manejadas en el presente trabajo sobre la evolución de la cartera de servicios y prestaciones de la LAPAD. Este objetivo, sin embargo, no se corresponde en la práctica con unos sistemas de protección social que aún hoy, avanzado el siglo XXI, no han abandonado totalmente los discursos de la beneficencia (normas vigentes que hablan de asilos y válidos/asistidos en la atención residencial de personas mayores). Asimismo, tampoco el sistema entiende la atención social desde una perspectiva holística (recursos interconectados). Aun así, como ocurre en otros ámbitos que preocupan a la sociedad, el discurso del cambio está irremediabilmente arraigado en la ciudadanía y es una demanda social recurrente. El eco producido es tal que diferentes agendas estratégicas incorporan el reto y abogan por definir nuevos modelos de atención integral en el domicilio y en entornos residenciales. En ambos retos, únicamente cambia el medio para dar respuesta a un mismo fin: respetar la individualidad y singularidad de las personas en un marco inclusivo que mantenga, en la medida de lo posible, la interacción social de las personas mayores según sus capacidades y preferencias.

El sistema de atención a personas mayores dependientes no debe entenderse exclusivamente como un conglomerado de diferentes recursos (teleasistencia, atención domiciliaria, viviendas tuteladas, alojamientos polivalentes, centros de día, residencias, unidades psicogeríatras y prestaciones económicas). La prospección de necesidades debe realizarse de tal manera que las soluciones propuestas den respuestas integradas desde perspectivas asimismo integradoras. Así, si las residencias se entienden como centros socialmente integrados que proponen soluciones proactivas para la interacción con los nodos del ecosistema, se constituyen en garantes de la continuidad del

cuidado; si, por el contrario, sus capacidades se limitan a la atención sanitaria y hotelera, peligraría la personalización inherente al cuidado familiar en la medida que se produce una ruptura con la dimensión humana de la atención. En otras palabras, de igual manera que un servicio de SAD podría considerarse como “residencia unipersonal” por la necesidad de apoyo profesional, las residencias podrían interpretarse como “domicilios integrados” por la necesidad de interacción familiar y comunitaria. En la residencia-domicilio, son los profesionales quienes se desplazan al centro de trabajo y no las personas residentes quienes acuden a un centro de cuidados.

Enfoques restringidos a las propias áreas de intervención impedirían la consideración de la atención como un continuo. Transcender las miradas limitadas al recurso en cuestión permitirá la trazabilidad de la atención a las personas mayores dependientes en sentido de bienestar continuado, de sensación de un tipo de atención mantenida en el tiempo conforme a la dimensión humana de las personas y no de acuerdo, casi de modo exclusivo, con los preceptos normativos de cualquier índole aplicados, además, en dinámica cerrada, sin conexión con el resto de eslabones de la cadena de servicios o nodos del ecosistema (Castro y Gómez, 2020).

Un ecosistema de atención integrada a personas mayores debe buscar la trazabilidad en el continuo de los cuidados. En ese sentido, no podría estar conformado por recursos en los que la historia de vida de las personas usuarias se va diluyendo a medida que dichas personas acceden a niveles superiores de atención especializada. El sistema de cuidados de larga duración no puede, ni debe, ir en contra de su atributo fundamental: larga duración. En su cualidad de durabilidad en el tiempo subyace una constante de atención conforme a la historia de vida, la singularidad y la propia evolución del sujeto atendido. De igual manera que el sistema sanitario operativiza la historia clínica para tomar decisiones que afectan al paciente, el sistema social debería instrumentalizar la historia socio-asistencial de las personas usuarias para atenderlas conforme a sus propias características con el objeto de mejorar/mantener su nivel de calidad de vida (cuidados dignos y personalizados).

Si interpretamos el sistema como un todo, se pueden definir conexiones entre sus distintas partes que faciliten soluciones transversales como, por ejemplo, metodologías de evaluación de la calidad del cuidado, válidas cualquiera que fuera el formato asistencial (atención profesional/no profesional en el domicilio, centro de día o residencia). En la búsqueda de esta horizontalidad interpretativa, el ecosistema —o, más probablemente, las personas usuarias y sus entornos más íntimos— tiende a conceptualizar la atención en términos de autonomía en un entorno de proximidad, de despliegue de la idea de hogar como constante en el continuo del cuidado. En definitiva, se busca respetar los ejes de atención que

verdaderamente preocupan a las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares: reconocimiento y valor de las singularidades de cada individuo, prevalencia de las capacidades/fortalezas personales y protección de los derechos (Martínez Rodríguez, 2016). Si bien es posible que el marco normativo sea específico de cada recurso, el ideario asistencial debería caracterizarse porque se despliega en base a unos mismos principios de bienestar y calidad de vida. De esta forma, la red de atención a las personas mayores se elevaría sobre los mínimos legales para alcanzar estadios superiores que garantizaran el bienestar en todas las transiciones del proceso asistencial (domicilio → centro de día → residencia). Por bienestar se entiende la cobertura de las expectativas de las personas usuarias y/o sus entornos en determinadas áreas de intervención y cuidado.

El acceso a recursos externos al propio domicilio debe entenderse como una continuidad de los cuidados y no como una disrupción en la vida de las personas usuarias. Vivir la transición como un proceso de evolución natural nos lleva a entender el tránsito en modo proactivo (en el caso de ingresos residenciales, procurar que el sistema propicie lecturas como “me cambio de casa” y no “voy a una residencia”). En este sentido, la participación de las personas usuarias y/o su entorno sociofamiliar más íntimo (en definitiva, clientes del sistema) en la evaluación de la calidad del cuidado en cada uno de los estadios de atención debe ser una opción real y flexible, y no solo una aspiración a la que nunca llegamos porque la sometemos a todos tipos de limitaciones que dificultan o imposibilitan su ejercicio práctico. Debemos contar con mecanismos de evaluación transparente alcanzados desde el consenso entre los distintos actores (resultado de las perspectivas combinadas de la persona usuaria, la familia, el centro gestor y la Administración Pública) para descender nuevamente a las personas usuarias y recoger sus impresiones. De igual manera que el holismo nos ayuda a entender cada recurso como un punto de una misma línea de atención, también nos propone entender la evaluación de la calidad del cuidado en un sentido colaborativo para integrar todas las sensibilidades y dotarla de identidad propia. Los ecosistemas diseñados deberían ser ejemplo de esa interacción y, asimismo, proyectar un camino de ida y vuelta: de los clientes del sistema a los gestores de las políticas sociales y de estos a aquellos.

Resumiendo:

- Desde una perspectiva holística, el catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD se interpreta como un conjunto de vasos comunicantes en los que se vierten líquidos miscibles (recursos) para mantener el patrón de cuidados (personalización de la atención).
- Desde una perspectiva reduccionista —probablemente la más extendida en la actualidad entre los agentes del sistema—, el

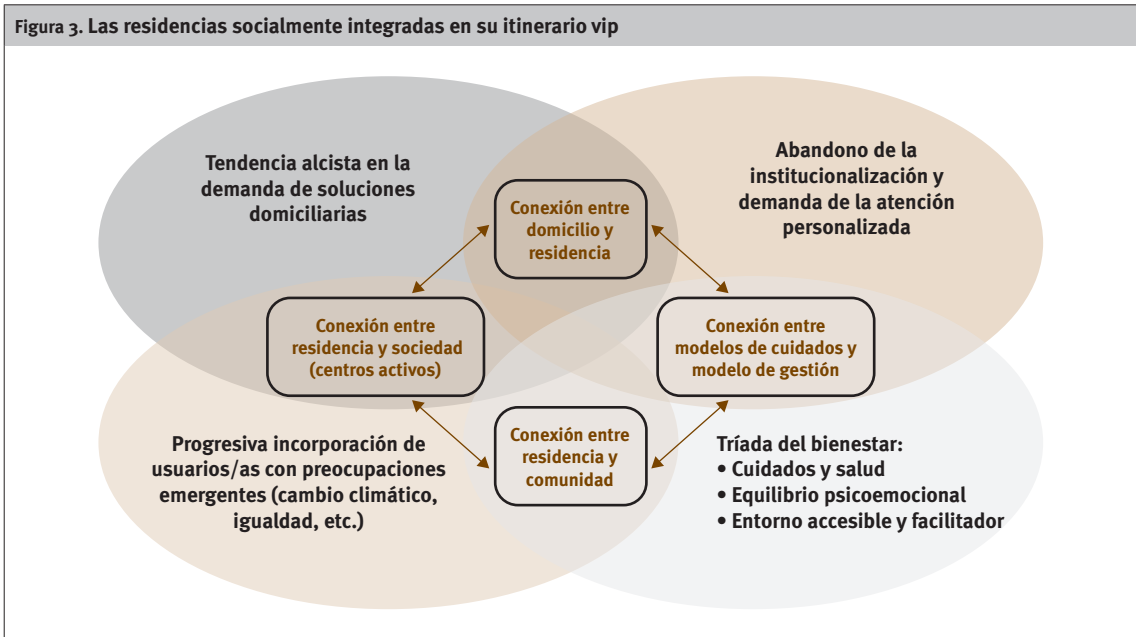
análisis se limita a cada recurso (líquidos no miscibles) y, por tanto, se pierde la globalidad del cuidado (desconexión de nodos y pérdida de potencialidad del ecosistema).

4. La transición a la residencia del futuro: un camino vip

¿Un modelo de futuro en clave vip? Sí, sin lugar a dudas. Porque así deberíamos tratar a la persona residente y/o su entorno sociofamiliar, como *very important person*. Pero no solo el contenido es vip; también el continente debería serlo. La residencia del futuro se fusiona con la sociedad porque está socialmente integrada. El modo de integración debería facilitar la simbiosis público-privada para proyectar una imagen de ecosistema. La atención residencial integrada en el ecosistema es, asimismo, vip desde tres dimensiones de futuro: verde (transición ecológica), innovadora (transición eficiente) y personalizada (transición del cuidado). Y, también, desde tres intangibles alineados con las dimensiones vip principales: además de verdes, tractoras de vocaciones profesionales y fusionadas con el vecindario; además de innovadoras, catalizadoras de imaginación e inteligencia; además de personalizadas, impulsoras del bienestar psicosocial y las relaciones de proximidad. Las residencias vip son, en definitiva, espacios de vida, inclusión y participación.

Una residencia vip es esencialmente sinérgica porque comparte su *expertise*:

- Conecta diferentes nodos del ecosistema (implementación de canales adecuados para compartir experiencias del cuidado residencial —perspectiva profesional— que podrían aplicarse en la atención domiciliaria informal —perspectiva familiar—). Este recorrido también es bidireccional: prácticas del cuidado familiar en entornos extradomiciliarios.
 - ↳ Conexión PECEF ↔ atención residencial/diurna
- Facilita el *benchmarking* funcional (todos aprendemos de todos desde la generación de redes de conocimiento compartido)
 - ↳ Homogeneización del cuidado desde bancos de buenas prácticas (*colaboratorios* de experimentación)
- Imprime dinámicas de mejora continua (las residencias vip entienden la atención desde la integración de todas las disciplinas del conocimiento al servicio de las personas mayores dependientes).
 - ↳ Un lema de futuro podría ser: “Compartiendo para construir, construyendo para dignificar el cuidado”.



Fuente: Elaboración propia.

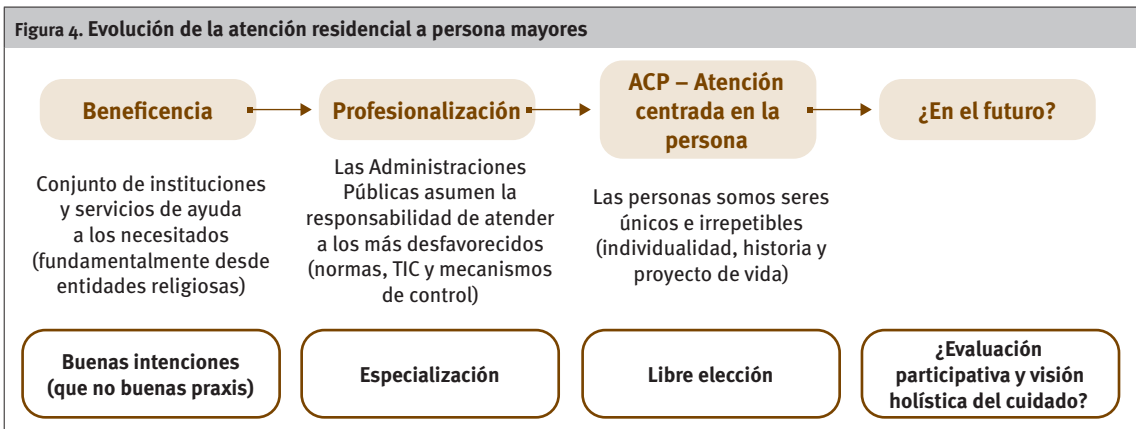
4.1. ¿Cambiar o evolucionar?

“Cambiar”, según el Diccionario de la RAE, significa “dejar una cosa o situación para tomar otra”. Por “evolucionar” se entiende “desenvolverse o desarrollarse, pasando de un estado a otro”. Cuando un proceso es de cambio, nada queda de la situación de partida; cuando algo o alguien evoluciona, lo que realmente está haciendo es adaptarse a un nuevo medio, con el consiguiente desarrollo de nuevas herramientas y nuevas potencialidades. En este sentido, el medio en el que se desenvuelven las residencias de hoy es sensiblemente distinto del medio en el que lo hicieron hace dos o tres décadas, cuando se asentaron las bases de la atención residencial a personas mayores como abandono progresivo de los axiomas de la beneficencia.

El modelo vip se asienta sobre la idea de evolución, de transición hacia una nueva manera de entender

la atención residencial, más conectada con el resto de recursos de la LAPAD y, sobre todo, más abierta a la interacción con las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares. Las residencias vip no son revolucionarias sino “evolucionarias”. Por ello, la realidad postcoronavirus requerirá apostar por residencias que se parezcan a un domicilio y no a un híbrido entre hotel y hospital, y así poder combatir las tres plagas presentes en las residencias, especialmente agudizadas en pandemia: la soledad, el aburrimiento y el sentimiento de inutilidad (De Martí, 2020; VV.AA., 2020b).

Para las residencias vip, el cambio se entiende como transformación paralela a la propia transformación social, de modo que el ecosistema se posiciona para no perder la armonía necesaria entre la capacidad de respuesta y las demandas sociales.



Fuente: Elaboración propia.

4.2. Las tres perspectivas de la atención vip

4.2.1. La perspectiva verde (transición ecológica)

El envejecimiento de la población y el cambio climático, probablemente por ese orden, son los dos desafíos globales de futuro fundamentales a los que el mundo se enfrenta. En mayor medida, si cabe, para las personas mayores, porque los desajustes ambientales inciden con mayor intensidad en un colectivo altamente vulnerable por infinidad de razones cruzadas.

La arquitectura actual contribuye a la reducción en la emisión de gases de efecto invernadero desde la construcción de residencias cada vez más sostenibles y energéticamente eficientes que, además, incorporan soluciones verdes al servicio de las personas mayores que las habitan (jardines verticales, tejados biodiversos, invernaderos/zona de cultivo, recuperadores de calor y estrategias activas/pasivas de consumo prácticamente nulo). Todo ello con el objetivo de generar espacios de convivencia adecuados para cuidar según códigos personalizados (Trepatt, 2019).

En el futuro, las residencias de nueva construcción con espíritu vip alinean las estrategias internacionales contra el cambio climático entre sus valores. Lo hacen, además, desde el momento de la construcción. En el presente, con las limitaciones impuestas por arquitecturas heredadas en buena parte del parque de inmuebles residenciales, la transición hacia la dimensión V recorre en mayor trecho la senda de la eficiencia energética que la de la construcción sostenible, por sí sola, no es suficiente si no está complementada por hábitos de consumo responsable. La transición verde no valora tanto la ecoarquitectura (inversión) como la cultura del ecoconsumo (gasto corriente). El cambio cultural producido por los planes de contención energética —basados en la domótica, la inmótica y otras tecnologías— revierte especialmente en la transformación social hacia la sostenibilidad del planeta; las bioconstrucciones —construcciones realizadas con materiales de bajo impacto ambiental o ecológico—, si bien consecuentes con la filosofía verde, proyectan una imagen no necesariamente acompañada de compromiso en la implementación de acciones ecológicas.

La dimensión V de la residencia del futuro no es una apreciación subjetiva carente de soporte metodológico y documental. Para evidenciar que efectivamente no es así, los centros verdes deben impulsar la adopción de sistemas que corroboren su compromiso ecológico.

El marco de atención a la dependencia no debería constituirse en un ecosistema aislado y sin conexiones más allá de la LAPAD. La residencia vip, como recurso social que da respuesta al problema del envejecimiento, no puede abstraerse de otras problemáticas sociales emergentes o consolidadas.

El futuro del cuidado también pasa por mostrar explícitamente una suficiente sensibilidad con aquellas cuestiones que preocupan al conjunto de la ciudadanía. Y la huella ambiental forma parte de esa agenda de futuro.

¿Cómo avanzan las residencias vip hacia un horizonte verde? Desde el desarrollo de un doble eje de actuación:

1. Edificio (eje de continente). El aislamiento térmico, la calidad del aire interno o el uso de la energía solar se pueden contrastar respecto al estándar de certificación Passivhaus (según Inarquia, son siete los edificios que cuentan con el certificado en España, y tan solo uno de ellos, ubicado en Castilla y León, es una residencia de personas mayores). Por tanto, la perspectiva verde propuesta por las residencias vip, además de mostrar una actitud proactiva contra el cambio climático, descubre una clarísima línea de innovación por la reducción de los costes de atención, por un lado, y el carácter pionero, por otro. Además, obtener una Passivhaus redundante en la idea de comunidad porque se alcanza gracias a la responsabilidad y esfuerzo de sus habitantes (residentes, entorno sociofamiliar y profesionales).
2. Gestión (eje de contenido). La conducta proactiva de las organizaciones gestoras para extender políticas de sensibilización, acción y supervisión en las emisiones, consumos y actitudes de todos los agentes que interactúan en un centro (residentes, familias, profesionales y proveedores) es un buen rasero de conciencia ecológica. Las evidencias empíricas para adquirir la categoría V se obtienen desde los distintos tipos de certificación existentes (gestión ambiental global, economía circular, cambio climático, gestión de recursos o etiqueta de eficiencia energética desde el Real Decreto 235/2013).

Las residencias vip se solidarizan con la creciente preocupación de las generaciones más jóvenes por la huella de carbono. Asumen la estrategia de cambio necesaria en las políticas de transición ecológica porque, entre otras razones, la evidencia científica demuestra que las personas mayores son especialmente sensibles al efecto invernadero, en mayor medida cuanto más marginal y deprimida sea la zona geográfica en la que vivan (Sánchez y Chávez, 2020).

Pero la juventud no tiene la exclusiva en la preocupación explícita por el medio ambiente. Las personas mayores, y en consecuencia las y los residentes, pueden constituirse también en un colectivo activo en la lucha contra el cambio climático, aportando experiencia más allá de las demandas sanitarias o sociales de toda índole. Las residencias vip se diseñan como lanzaderas de la participación ciudadana de sus residentes y, en esa condición, se constituyen en agentes “verdes” de la transición ecológica.

Resumiendo, una residencia es vip si ecologiza en los siguientes términos:

- Certificación medioambiental: la implementación de sistemas de “gestión verde” soportados sobre normas nacionales/internacionales y que acrediten el control sobre el impacto ambiental de la actividad.
- Participación activa: residencias conectadas con la progresiva preocupación social por reducir la huella ecológica. Las personas mayores y sus entornos sociofamiliares también forman parte activa de los cambios actitudinales para combatir el cambio climático.

4.2.2. La perspectiva innovadora (transición eficiente)

La Stanford Graduate School of Business define la innovación social como “una solución nueva a un problema social, la cual es más efectiva, eficiente, sustentable o justa que la solución actual, y cuyo valor agregado aporta principalmente a la sociedad como un todo en lugar de únicamente a sus individuos” (cit. por Hernández-Ascanio *et al.*, 2013: 175). Como podemos observar, también la innovación social se interpreta en clave holística. La residencia vip como alternativa de cuidado a personas mayores en residencias, en la medida que se eleva sobre la aplicación rigurosa de la norma para ofrecer soluciones integradoras y transversales, adquiere un carácter innovador que se hace visible desde los siguientes *topics* conceptuales (Buckland y Murillo, 2013), a los que la dimensión I responde con silogismos:

- Impacto y transformación social (impulsar una inercia hacia la convergencia en el cuidado):
La normativa no estandariza la relación entre grado de dependencia y tipo de ratio/la relación dependencia-ratio explica buena parte de la calidad del cuidado/la normativa como tal no es garantía de una suficiente calidad del cuidado.
- Colaboración intersectorial (tender puentes entre las Administraciones Públicas y los operadores del sector):
Las inspecciones públicas no inciden en la evaluación del estilo del cuidado/el estilo del cuidado es algo que preocupa a los operadores por exigencia de sus clientes/la inspección pública debería tener en cuenta las exigencias de los clientes.
- Viabilidad a largo plazo (estímulos a las buenas praxis):
La transición hacia nuevos modelos se basa en la capacidad adaptativa de los centros/ la adaptabilidad es un atributo de futuro si la eficiencia organizativa es valorada y reconocida/la transición hacia el modelo de futuro se consolida si el esfuerzo se reconoce.

- Tipo de innovación (transparencia en el conocimiento):

El sector residencial avanzaría de modo armónico desde el conocimiento compartido/desplegar redes experimentales contribuye a la expansión del conocimiento/el sector necesita conectar sus redes formales e informales para producir conocimiento.

- Escalabilidad y replicabilidad (de la experiencia piloto a la norma):

La experimentación de éxito ofrece nuevas perspectivas a desarrollar en norma/una norma sensible a las demandas sociales integra patrones de cuidado significativo/la experimentación selectiva es una herramienta imprescindible para el cuidado significativo.

El modelo vip propone innovaciones evolutivas o incrementales (nunca innovaciones revolucionarias, porque ni plantea la sustitución de las soluciones residenciales como recursos para atender a personas mayores dependientes, ni cuestiona su integración como un nodo más del continuo de cuidados). Una propuesta de futuro con signo vip se etiquetaría como altamente innovadora porque produce nuevos conocimientos, impulsaría cambios significativos y contextualizaría la aplicabilidad de rutinas/ conocimientos tradicionales.

A pesar de los incuestionables beneficios de la innovación como motor de avance y mejora continua en el cuidado residencial a personas mayores, el sector no lo incorpora explícita y operativamente a su agenda. No, al menos, al nivel de otras cuestiones que de modo invariable y recurrente forman parte de la discusión. La suficiencia/insuficiencia de ratios, los niveles retributivos, los requisitos funcionales y materiales, el copago, el contenido de las inspecciones, los modelos de atención/cuidados o los criterios de concertación absorben el tiempo de las Administraciones Públicas, los centros gestores y los sindicatos cuando abordan “sus” principales ejes de mejora. Así, por ejemplo, en el proyecto Red de participación y evaluación participativa en centros residenciales de Gipuzkoa, en los diferentes talleres con familiares y profesionales del sector sobre las residencias del futuro, no ha sido una cuestión emergente. Desarrollar o utilizar tecnología para mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas mayores dependiente no es una preocupación que parezca consolidarse en la agenda del sector a corto/medio plazo.

La innovación en el cuidado a personas mayores es multidimensional, implementable en todo el catálogo de servicios de la LAPAD y un aliado al servicio de los mayores (Valero, 2017, cit. en Gerairicarea, 2017). A pesar de esta permeabilidad del sistema, el uso de la tecnología —desde determinadas perspectivas e, incluso, desde determinadas herencias culturales— podría tener ciertas connotaciones negativas en el tratamiento de los intangibles del cuidado (respeto a la dignidad, empatía o escucha activa).

Esta predisposición a no incorporar la innovación como línea estratégica del cuidado dificulta la experimentación alternativa y, en consecuencia, el empleo de las nuevas tecnologías para dar respuestas adecuadas en muy diferentes ámbitos como, por ejemplo, terapias no farmacológicas o sistemas de control de presencia no invasivos de la privacidad (Atarés, 2020). Para incorporar la innovación como elemento tractor en la transición hacia la residencia del futuro, las residencias vip responden del *por qué, para quién, para qué, cuándo, dónde, cómo y cuánto* innovar.

La innovación abre campos de experimentación para el diseño de nuevos productos para el cuidado. También ayuda a mejorar la eficacia/eficiencia de los productos/herramientas/servicios existentes (uso eficiente de la innovación) y, asimismo, viabiliza la aplicación de nuevas tecnologías al servicio, por ejemplo, de la ACP (Quijada, 2019). Una residencia vip no se limita a la innovación tecnológica (robótica, domótica, monitorización y conectividad), muchas veces dependiente de la capacidad inversora del centro residencial, a su vez condicionada por su cuenta de explotación. Una residencia vip se caracteriza principalmente porque aborda la mejora desde la eficiencia no importada, esto es, construyendo su propio talento y facilitando la implementación de sus logros a costes asumibles. En este horizonte de creación interna, la incorporación de productos nuevos/mejorados adquiere una dimensión integradora. La innovación se extiende por las distintas caras de la atención y propone mejoras en diferentes direcciones (tipos de servicio, modelos de gestión, canales de comunicación, alianzas estratégicas, personalización del cuidado, sistemas de evaluación o modelos terapéuticos).

En un enfoque vip, la organización no constriñe su capacidad de imaginación para reducir el cuidado a lo conocido. No prejuzga, valora desde la experiencia; no desanima, estimula la cocreación. Esta dinámica de ensayo-error tendrá éxito si la posibilidad de experimentación no está obstaculizada por los *topics* intocables del sector (personal insuficiente, falta de herramientas adecuadas, transgresión de competencias profesionales o zonas de confort de cualquier índole y condición). La residencia vip es innovadora por definición y no admite limitaciones en la capacidad de invención o reinención. Además, dada su concepción holística del cuidado, plantea la innovación en circulación capilar: los productos nuevos/mejorados en las residencias de personas mayores deberían experimentarse en el resto de servicios del catálogo de la LAPAD, de igual manera que los productos nuevos/mejorados en otros nodos del ecosistema deberían ser testados en los centros geriátricos.

Resumiendo, una residencia es vip si innova en los siguientes términos:

- **Experimentación.** La transición hacia un nuevo modelo de residencia necesita del diseño de

experiencias piloto que faciliten el desarrollo de innovaciones. La experimentación es determinante para desarrollar aprendizajes, testar innovaciones y escalar aquellas que son sostenibles. La experimentación facilita el diseño de políticas sociales basadas en la evidencia.

- **Evaluación y aprendizaje.** La evaluación es sustancial en los procesos transicionales. El diseño y desarrollo de un modelo de evaluación, que combina técnicas cuantitativas, cualitativas y participativas, es indispensable para evaluar cuatro grandes dimensiones: la transición hacia un nuevo modelo de cuidados, la calidad de los servicios, la participación de las personas usuarias/ familiares en la toma de decisiones, y el grado de personalización de los cuidados.

4.2.3. La perspectiva personalizada (transición en el cuidado o 1ª proyección de la dimensión P)

Los centros residenciales vip deberían proporcionar esa sensación de hogar que postulan las corrientes del cuidado a personas mayores generalmente aceptadas. Las familias, integradas básicamente por la cohorte demográfica perteneciente a la generación del *baby boom*, defienden una progresiva desinstitucionalización de la atención residencial para recibir servicios desde la personalización. Pero el cambio no debe constituirse en algo disruptivo, que marque un antes y un después, sino en algo que facilite una gradual adaptación de los centros a los nuevos tiempos del cuidado. Debería ser, más bien, una transición esperada y natural en un modelo asistencial, el actual, que no da respuesta a las necesidades emergentes de un mundo que evoluciona a velocidad progresiva, tanto social, tecnológica como económicamente, pero que ha frenado bruscamente su evolución por la irrupción de la covid-19. De las futuras políticas sociales depende que pueda imprimirse nuevamente la inercia perdida para recuperar una dinámica que ya venía registrándose desde hace un tiempo.

En una sociedad envejecida, que, a pesar del efecto demográfico negativo de la pandemia seguirá registrando un aumento progresivo de la esperanza media de vida para hacerla aún más vieja, la redefinición del modelo es una tarea inaplazable si pretendemos tener respuesta a las exigencias asistenciales de la generación del *baby boom* (1948-1968), más allá de las demandas de cuidado planteadas por las actuales personas usuarias o los “niños de la postguerra” (1930-1948). El sistema no está preparado para la más que presumible llegada de consumidores de servicios y prestaciones de dependencia caracterizados por un alto nivel de estudios, mayor disponibilidad económica, modelos de ocio alternativos y más sofisticados, más reivindicativa —por conocimiento y ejercicio de sus derechos— y, por tanto, con un grado de asertividad y exigencia superiores.

En el medio plazo, se prevé la aparición de alternativas habitacionales para personas con

dependencia (viviendas colaborativas tipo *housing o cohousing*), que cubran algunas lagunas de atención, reduzcan la demanda de plazas en los recursos “tradicionales” y favorezcan la especialización como solución de futuro. En cualquier caso, los nuevos modelos de convivencia deberían ser incorporados como nodos del continuo de cuidados, como nuevas dimensiones del ecosistema que buscan conectarse con el resto de servicios y prestaciones para seguir produciendo sinergias.

En las residencias vip, cualquiera que sea la arquitectura de sus inmuebles (edificación vertical/horizontal y capacidad de alojamiento), su composición modular (plantas, sectores o unidades de convivencia), su ubicación física o la titularidad de la gestión, la atención se desplegará desde los siguientes vectores:

- **Vector 1: Estilo del cuidado.** Adaptación de la tríada asistencial (actividades básicas de la vida, salud física y bienestar emocional) a los nuevos enfoques basados en el respeto a la individualidad de la persona hasta identificarla como un sujeto único e irreplicable.
- **Vector 2: Integración de recursos humanos (formales e informales).** Necesaria complementariedad entre los recursos comunitarios (sanidad, servicios sociales de atención primaria y voluntariado formal) y los recursos especializados (profesionales de toda índole en la atención a personas mayores con dependencia). La residencia vip enfatiza especialmente en la interacción entre iguales (personas mayores residentes y personas mayores voluntarias) con un claro objetivo ecosistémico indirecto: conseguir que el voluntariado arraigue como una estrategia para afrontar un envejecimiento activo (según datos del *Informe 2018. Las Personas Mayores en España*, la población mayor de 65 años que dedica parte de su tiempo a los demás representa un 8% del total, frente al 18% como media europea).
- **Vector 3: Clima laboral (axioma principal: cuidar a quien cuida).**
 - Revisar los ratios, fundamentalmente del personal de atención directa. El mapa estatal de ratios, ciertamente heterogéneo en fondo y forma, es un ejemplo paradigmático de incumplimiento del axioma “cuidar a quien cuida”. Según datos de un reciente estudio desarrollado por Gerokon (en prensa), el Estado presenta el siguiente panorama para las ratios totales de grados I, II o III del Baremo de Valoración de la Dependencia, en el que destaca especialmente Gipuzkoa con valores en torno a 0,7 profesionales por plaza concertada:

Intervalo	% de casos
Ratio por debajo de la ratio promedio menos el valor de la desviación típica	18
Ratio entre la ratio promedio menos el valor de la desviación típica y la ratio promedio más el valor de la desviación típica	72
Ratio por encima de la ratio promedio más el valor de la desviación típica	10

→ Gipuzkoa, Cataluña y Baleares

- Revisar al alza las escalas retributivas. Si bien se percibe una homogeneización remunerativa por efecto del convenio marco estatal, la misma se caracteriza por sueldos comparativamente bajos (por ejemplo, el personal gerocultor apenas cobra 5 puntos porcentuales por encima del salario mínimo interprofesional). Una residencia VIP aboga por la dignificación profesional a dos niveles: reconocimiento social y reconocimiento económico. Y no todo el Estado alcanza la categoría vip:

Salario medio para el conjunto de categorías profesionales	Importe/mes (euros)	Jornada anual (horas)
Convenio marco estatal	1.186	1.792
Convenio provincial de Bizkaia	1.634	1.618
Convenio provincial de Gipuzkoa	1.912	1.592

- Definir los códigos y medidas para reducir el estrés emocional-síndrome de *burnout* del personal de atención directa (proactividad suficiente para ponderar en su justo valor la importancia del trabajo del personal gerocultor y políticas de personal orientadas hacia un clima laboral satisfactorio).
- **Vector 4: Sensación de hogar.** Dadas las dificultades de adaptabilidad de los actuales inmuebles para producir un “efecto hogar”, el modelo vip sugiere acometer determinadas acciones encaminadas a impulsar la sensación de domicilio (personalización de los espacios de uso privativo, rincones reminiscentes, acondicionamiento y uso de patios, cubrición de espacios abiertos para originar puntos de encuentro y fomentar las relaciones interpersonales, huertos urbanos y/o zonas perimetrales ajardinadas).
- **Vector 5: Identificación con el entorno.** Centros integrados con las actividades sociales de pueblos o ciudades, facilitadores del acceso a la vida de barrio y a la interacción con diferentes grupos de interés (asociaciones socioculturales, relaciones intergeneracionales, etc.). Las residencias vip quieren comprender la influencia que la sociedad “tiene sobre los individuos según envejecen y la influencia que tienen estos a su vez en la sociedad” (Martín García, 2012: 11).

- **Vector 6: Gobernanza colaborativa.** Involucrar a las personas residentes —cognitivamente capaces— y/o sus entornos familiares en la toma de aquellas decisiones que afecten a la interacción residente-centro (adaptación del centro al residente y no del residente al centro).
- **Vector 7: Evaluación participativa.** Democratización del cuidado desde la participación de las personas usuarias en la evaluación de la calidad del cuidado y, en una dinámica de transparencia informativa, poder dar respuesta a las expectativas de las personas usuarias conforme a su *expertise* como consumidores/as de servicios residenciales (Gómez Ordoki, 2020).

Resumiendo, una residencia es vip si cuida en los siguientes términos:

- **Gobernanza colaborativa y participativa.** Desarrollo de mecanismos de cooperación entre la Administración Pública, organizaciones del Tercer Sector, empresas y centros residenciales. La gobernanza colaborativa activa los mecanismos de participación de las personas usuarias, las familias y las personas profesionales con el fin de codiseñar el cuidado en las residencias del futuro y las actuaciones de políticas sociales que ello conlleva.
- **Personalización.** El modelo de cuidados se refiere al desarrollo de mecanismos que facilitan la gestión de casos, los planes de atención personalizada, las estrategias de formación/capacitación especializada, los espacios personalizados, las ratios de atención y cuidados, y la participación de las personas usuarias/familiares, entre otras dimensiones.
- **Reconocimiento profesional y dignificación salarial.** Las residencias vip buscan recuperarse del daño reputacional ocasionado por la crisis del coronavirus. El despliegue estratégico de la dimensión P pretende dotar de atractivo profesional a un sector mediáticamente vilipendiado y al que se le han exigido responsabilidades más allá de su capacidad real de respuesta. Lo vip está absolutamente reñido con la tendencia a generar soluciones profesionales “de paso”, incapaces de atraer talento cualificado.

4.2.4. La transición vip desde el bienestar psicosocial (segunda proyección de la dimensión P)

La evolución asistencial experimentada en las últimas décadas ha desembocado en unos modelos de atención centralizados en el servicio y no en la persona. Con las nuevas corrientes ideológicas, derivadas de los principios de la psicología humanista, se han generado alternativas de atención que, si bien están generalmente aceptadas por la mayoría de los agentes sociales, en no pocas ocasiones quedan reducidas a discursos teóricos,

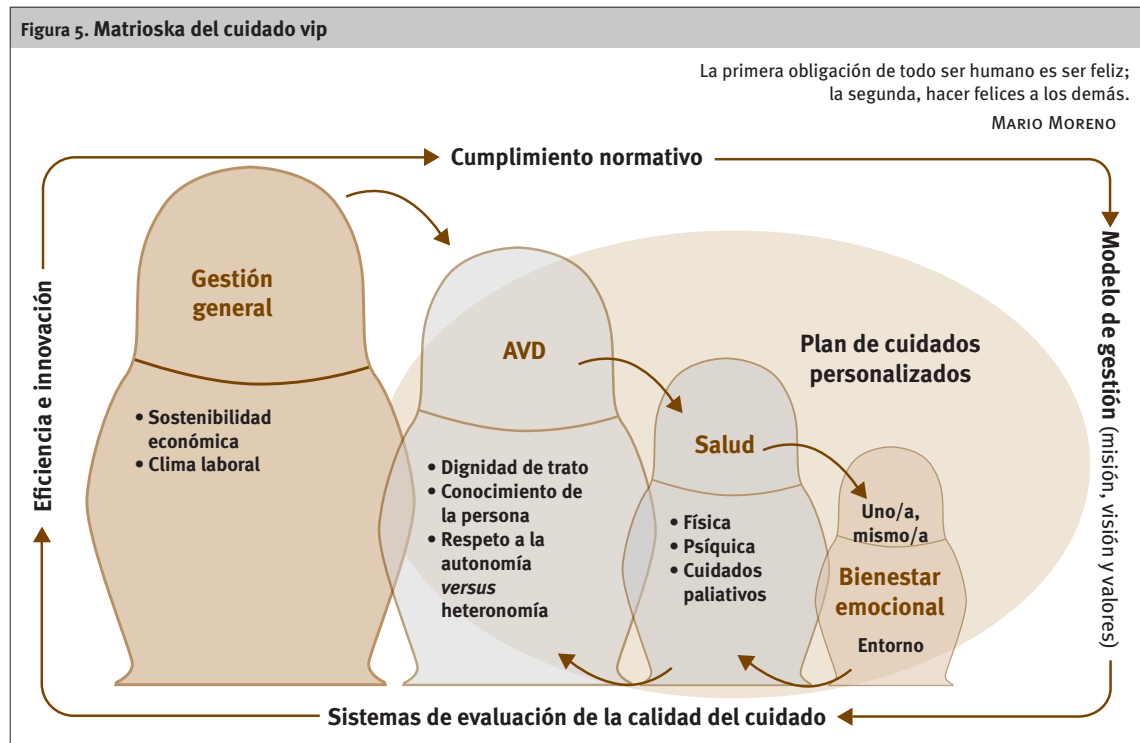
cuando no a experiencias aisladas. Aún hoy, cuando debiéramos avanzar hacia la “atención residencial 5.0”² (García *et al.*, 2021), existen organizaciones que siguen rigiéndose por modelos anclados en soluciones que fundamentan su éxito en resultados económico-hospitalarios. Organizaciones por lo general reacias al cambio por miedo a perder este equilibrio. Y, sin lugar a dudas, tienen razones para justificar su recelo: la sostenibilidad económica del proyecto es un aval de futuro y el cuidado de la salud es una responsabilidad innegociable en la atención residencial de las personas mayores. Pero esta dualidad irrenunciable no satisface plenamente aquellas otras necesidades que los seres humanos, por el mero hecho de ser personas únicas e irrepetibles, necesitamos cubrir.

Nuestro discurrir vital tiene sentido y plenitud cuando los anhelos e ilusiones son parte intrínseca de nuestros proyectos de vida en un doble sentido: de uno/a mismo/a hacia los demás y de los demás hacia uno/a mismo/a. Para responder a estas necesidades, los instrumentos que nos proponen disciplinas como la economía o la medicina no son suficientes, manifestándose, una vez más, la interdisciplinariedad propia de los recursos sociales.

Si no queremos que las horas “valle”, o aquellas con una presencia reducida de personal gerocultor —un término, “valle”, que esperemos caiga en desuso—, consoliden las tres plagas de la vida residencial (soledad, aburrimiento e inutilidad), deberíamos potenciar la presencia de profesionales especializados para dotar de contenido mínimo y suficiente a la tercera dimensión del cuidado: el bienestar psicosocial. Esta nueva proyección de la dimensión P supera los modelos residenciales que básicamente satisfacen las necesidades sanitarias, cubren las actividades de la vida diaria, ofertan actividades socioculturales grupales, garantizan el pago de nóminas y cumplen con las deudas con terceros. Unos modelos en los que la institucionalización está más presente que la personalización.

En la residencia vip, los profesionales psicosociales son los principales catalizadores de la dimensión humana del cuidado (Figura 5). Por supuesto, esta defensa de la dimensión psicosocial no vulnera en absoluto la esencia de la atención residencial (cobertura de actividades de la vida diaria, cuidado de la salud y atención hotelera), ni pretende reducir recursos de otros ámbitos de actuación para nutrir los suyos propios. Únicamente demanda su espacio para complementar el sentido del cuidado en términos de proyecto de vida, sociabilización y armonía con el entorno para producir una sensación de bienestar. Si “el objetivo de la intervención

² Versiones residenciales: 1.0, beneficencia (asilos); 2.0, macro-centros (Imsero durante el desarrollismo); 3.0, centros con encanto (personas válidas); 4.0, modelo actual (institucional y hospitalario); 5.0, modelo de futuro (respeto a la dignidad de la persona y a la libertad de decisión para buscar la felicidad).



Fuente: Elaboración propia.

gerontológica es conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, eleva el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social tanto individuales como familiares y/o comunitarios” (Filardo 2011: 213-214), la residencia vip, además de incorporar los principios de la ACP, aspira a implementar perspectivas de cuidado centradas en las interacciones entre el personal profesional y las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares.

Si mejoramos el bienestar emocional de las personas mayores desde el trabajo con la red social, el apoyo social y la participación social (Holt-Lunstad *et al.*, 2010), se producen mejorías sensibles en la salud física y psicológica que, por su parte, facilitarían el mantenimiento, o, incluso, una cierta recuperación de las capacidades funcionales. Las residencias vip amortizan la inversión por el incremento de los recursos psicosociales desde los beneficios obtenidos por las sinergias del circuito y sus retornos (Figura 5). Esta segunda derivada de la dimensión P propone dotar de contenido cualitativo a disciplinas como la psicología, la educación social, la terapia ocupacional o la integración social, con ánimo de superar viejas creencias, cuando no prejuicios, sobre los contenidos psicosociales que, no pocas veces y dada la escasez del recurso, centran su actividad en el entretenimiento. El objetivo psicosocial de las residencias vip es doble: dotar a los centros de recursos humanos específicos para la consecución del bienestar emocional y encontrar sinergias con

el resto de dimensiones del cuidado. La atención psicosocial es el plano del cuidado que transmite y canaliza los proyectos de vida de las personas residentes que, por mayores, no han renunciado a su futuro.

La dimensión P se caracterizaría por su “capilaridad”, o capacidad de impregnar a todos los agentes que interactúan en el cuidado (ánimo colaborativo), y por dotar esta interacción con herramientas adecuadas (capacidad colaborativa). La transversalidad propia del cuidado personalizado requiere tanto de la participación de cuantos profesionales integran la organización (cuidado directo o formal) como de quienes conectan al residente con su entorno social (cuidado indirecto o informal, integrado por familiares, amigos y voluntariado). En el entramado del cuidado, el rol del personal gerocultor es de especial importancia en las residencias vip: en parte como ejecutores/as de las pautas dictadas por los servicios psicosociales del centro; en medida autónoma, con responsabilidades delegadas como “acompañantes que protegen, cuidan, apoyan y empoderan a las personas para que, en la medida de sus capacidades, puedan seguir dirigiendo su vida” (Martínez, 2016). Es este colectivo profesional, y no ningún otro, quien se erige en figura de referencia inmediata para las personas residentes y/o su entorno sociofamiliar. La imagen de la residencia se proyecta desde estas figuras de igual modo que son primeras receptoras de las reclamaciones verbales o informales de familias y entornos sociales. En las residencias vip, son las bisagras que conectan dos planos simétricos e inseparables: necesidad de atención y estilo de cuidado.

En última instancia, el modelo vip pretende que la atención del bienestar emocional sea asumida desde distintos ámbitos de actuación que trasciendan lo puramente profesional para alcanzar la esfera comunitaria (entorno sociofamiliar y conexiones locales) evitando la desvinculación de el/la residente con su entorno natural. A diferencia de la especialización propia de las dos dimensiones asistenciales básicas (actividades de la vida diaria y salud), en las que se presume dificultosa la interacción de profesionales diferentes a aquellos/as que ejercen labores de cuidado directo, la atención socioemocional, orientada desde criterios técnicos competentes, se diferencia por su transversalidad (afecta a todo el circuito del cuidado).

El buen cuidado a las personas mayores en residencias no se entendería sin la participación, adecuada y suficiente, de los profesionales que catalizan los procesos para alcanzar el bienestar psicoemocional necesario para vivir la residencia con sensación de felicidad.

5. Los sistemas de evaluación del cuidado en las residencias vip

Históricamente, la calidad de la atención ha sido básicamente contrastada desde la inspección pública. Este enfoque de evaluación, metodológicamente desplegado desde modelos *ex ante* (directamente relacionados con las exigencias materiales y funcionales en normativa) o desde sistemas *ex post* (procesos evaluativos de resultados obtenidos en indicadores de corte económico o clínico/sanitario), no ha permitido la participación de las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares en el proceso evaluativo. En el Estado, el modo tradicional de entender la inspección se ha basado en la verificación del cumplimiento de las condiciones obligadas por normativa, fáciles de objetivar pero que no permiten conocer realmente el tipo de cuidado (Sancho Castiello y Martínez Rodríguez, 2020). Ambos modelos, *ex ante* y *ex post*, identifican descriptores principalmente orientados a evidenciar la calidad de la atención desde perspectivas oficiales, soportadas en la observación de los criterios normativos y que, en los países más innovadores, podrían venir acompañadas de indicadores sobre la personalización del cuidado. Pero la interpretación pública de las buenas praxis podría no ser compartida desde la sensibilidad de un entorno sociofamiliar que aspira a que la sensación de hogar y el cuidado de proximidad impregnen la atención residencial (Gómez Ordoki, 2020).

Una residencia vip pretende algo más que alinearse discursivamente con las nuevas filosofías de atención fundamentadas en la centralidad de la persona. Ante todo, busca producir el cambio cultural necesario para responder, también, de aquellas dimensiones del cuidado que residentes y familiares consideran vitales y que, en no pocas ocasiones, no están en las agendas de evaluación. Para optar a la condición vip,

las residencias deberían evidenciar el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Objetivar la calidad del cuidado desde la sensibilidad de las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares.
- Definir una cartera de áreas críticas de evaluación que dé respuesta a las expectativas de las personas usuarias.
- Estandarizar el nivel de calidad del cuidado desde una escala intuitiva, objetiva y ponderable.
- Impulsar la cultura del buen hacer como marca de la organización.

5.1. Ejes de la evaluación participativa (tercera proyección de la dimensión P)

La evaluación del cuidado debería contener tres ejes fundamentales: monitorización (indicadores), complementariedad con las inspecciones públicas (evaluación 360) y certificación (garantías evaluativas).

- a. Monitorización adecuada. Las residencias vip implementan cuadros de mando estandarizados que permiten dinámicas de *benchmarking* funcional e imprimen inercias de mejora continua desde las buenas prácticas compartidas. En la evaluación de la calidad del cuidado, el *set* de indicadores combina la verticalidad de los indicadores de proceso (áreas de actividades de la vida diaria, salud, psicosocial y hotelera) con la transversalidad de modelos de calidad de vida y de atención personalizada (indicadores de percepción de las personas usuarias y su entorno familiar). Una evaluación vip contendrá conceptos asistenciales más ligados a la *qualis* —cualidad, en el sentido de dimensionar lo que se conoce como factores intangibles de la atención (Knapp, 1988)— que a la *quantitas* —factores tangibles en la producción de servicios—. En definitiva, se propone un cambio de enfoque para alinear la evaluación de los servicios también con todo aquello que nos ayude a conseguir el bienestar integral de las personas mayores.

El futuro evaluativo tiene que ser necesariamente distinto. Evaluar un centro desde indicadores descriptivos como, por ejemplo, la “tasa de diabéticos” o el “número de caídas” no parece un método especialmente adecuado para concretar hasta qué punto la atención se presta en perspectiva personalizada. La evaluación debe “tocar” la dimensión humana de la atención y relativizar la importancia “artificial” otorgada a otras descripciones que no aportan valor cualitativo diferenciador.

- b. Complementariedad (con las inspecciones públicas). De acuerdo con las proyecciones demográficas generalmente admitidas, la prevalencia de estados de salud delicados en las futuras personas usuarias de servicios residenciales se constituye en algo intrínseco

al sistema y, por tanto, un problema al que dar solución, pero no exclusiva ni fundamentalmente desde la perspectiva de la salud. Ni tan siquiera en réplica de un contexto tan dramático como el recientemente vivido con la propagación de la covid-19 en las residencias de personas mayores.

Incidir en la dimensión humana de la atención a través de la participación de residentes y/o entornos sociofamiliares en el proceso evaluativo ayudará al diseño de centros tan preocupados por el bienestar psicoemocional como por el bienestar físico o la sostenibilidad económica de las organizaciones. Cuidar a las personas mayores dependientes también es asegurar la cualidad humana de la atención, probablemente única condición inalterable cualquiera que sea la perspectiva asistencial.

La sensación de atención familiar, basada en la proximidad, en la percepción de hogar y el respeto a la libre decisión, no puede ser detectada por unas inspecciones públicas normalmente programadas y eminentemente dirigidas a la comprobación del cumplimiento de la norma. Aun cuando parece necesaria una nueva perspectiva en la evaluación pública, el cambio vip no se propone como abandono de los indicadores que hacen referencia a los procesos tradicionales de evaluación y que ya forman parte de los sistemas de inspección. Una vez más, se trata de evolucionar y no de revolucionar.

En la práctica, los marcos normativos no contemplan los dos vectores de evaluación —calidad de vida y personalización— como ejes que delimitan los modelos de atención; además, cuando lo hacen, su presencia se limita a referencias vagas y en absoluto protocolizadas. En todo caso, si bien los nuevos modelos de inspección pública podrían “exigir” el compromiso de la organización por favorecer y facilitar la atención con arreglo a las directrices de la calidad de vida y la personalización, no podrían acreditar objetivamente que el servicio se presta satisfaciendo los requerimientos del principio de continuidad de los cuidados, salvo que fueran revisados y/o modificados para dotarlos de la suficiente sensibilidad al respecto. La evaluación de futuro es un proceso evaluativo que hace de la participación y la cohesión conceptual entre los actores del sistema sus principales valores añadidos. La evolución de la evaluación es, por tanto, multidireccional y debe responder a las necesidades, subjetivas y operativas, de todos los agentes del sistema.

- c. **Certificación.** La transformación que ha vivido el sector de la atención a personas mayores durante los últimos años ha desembocado en la necesidad de certificar productos, procesos y servicios para demostrar al mercado, y también a los organismos públicos reguladores, que un proveedor ofrece productos, desarrolla procesos o presta servicios que cumplen unos determinados requisitos de calidad. Esta

deriva hacia una progresiva implementación de sistemas de calidad ha supuesto la proliferación de certificaciones de gestión basadas en las normas universales y estándares ISO y, también, aunque en menor medida, en la adopción de los principios de la responsabilidad social corporativa como una forma de gestionar la actividad de las organizaciones para mejorar los impactos que generan en los grupos de interés (empleados, clientes, accionistas, proveedores, sociedad o medioambiente).

Las normas ISO establecen el marco para la aplicación de un sistema de gestión de calidad que optimice las fases de producción de bienes y servicios; por su parte, la responsabilidad social corporativa (RSC) está más orientada al compromiso solidario desde criterios de prudencia, justicia y ética. Entre ambas propuestas se abre un horizonte en el que las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares deberían expresarse con voz propia. Dar solución a este limbo en la interacción residencia-persona permitiría calibrar la opción real de intervención decisoria de las personas usuarias y/o sus entornos más íntimos en el diseño, presente y futuro, de los recursos. Además, esta participación ciudadana en la definición de unos requisitos de atención que trascienden aquellos otros recogidos en las normativas referidas adopta forma de “gobernanza colaborativa”, en la medida que favorece la incorporación de actores no tradicionales y no políticos en la definición e implantación de políticas públicas. La participación de los clientes en el proceso evaluador legitima socialmente el sistema y lo dota de transparencia.

Desde esta nueva perspectiva evaluativa, las residencias vip certifican su cogobernanza o, lo que es lo mismo, la calidad asistencial correspondiente a las expectativas de las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares. La cogobernanza se fundamenta en los siguientes principios:

- **Principio de dimensión humana.** Es necesario avanzar en la definición de indicadores que integren el bienestar psicoemocional como un eje fundamental en la atención a las personas mayores dependientes.
- **Principio de importancia social.** En una actividad socialmente tan sensible como el cuidado a las personas mayores dependientes, la implementación de modelos garantistas del buen hacer diario debería ser una condición y no un valor añadido.
- **Principio de digitalización para una atención diferente.** Preocupación por el registro, análisis y explotación de datos que evidencien la preocupación de las organizaciones por atender conforme a lo que usuarios y/o familias interpretan como cuidado digno y respetuoso con la singularidad de las personas.

- **Principio de eficiencia.** Valoración del uso de cuantas técnicas analíticas, soportes digitales (registros informatizados y bases de datos) y modelos de seguimiento se entiendan necesarios para cumplir con las expectativas de los clientes desde la racionalización de recursos.
- **Principio de coexistencia con otras perspectivas (simbiosis gestora).** Separar gestión y perspectiva humanista es un posicionamiento que obstaculiza la interconexión necesaria entre diferentes disciplinas para un avance conjunto del cuidado.
- **Principio de transparencia (benchmarking abierto).** Incorporar métodos para compartir experiencias y exponer sus resultados es una estrategia que las residencias vip hacen propia para incidir en la mejora continua.

5.2. Modelos evaluativo y comunicativo en las residencias vip

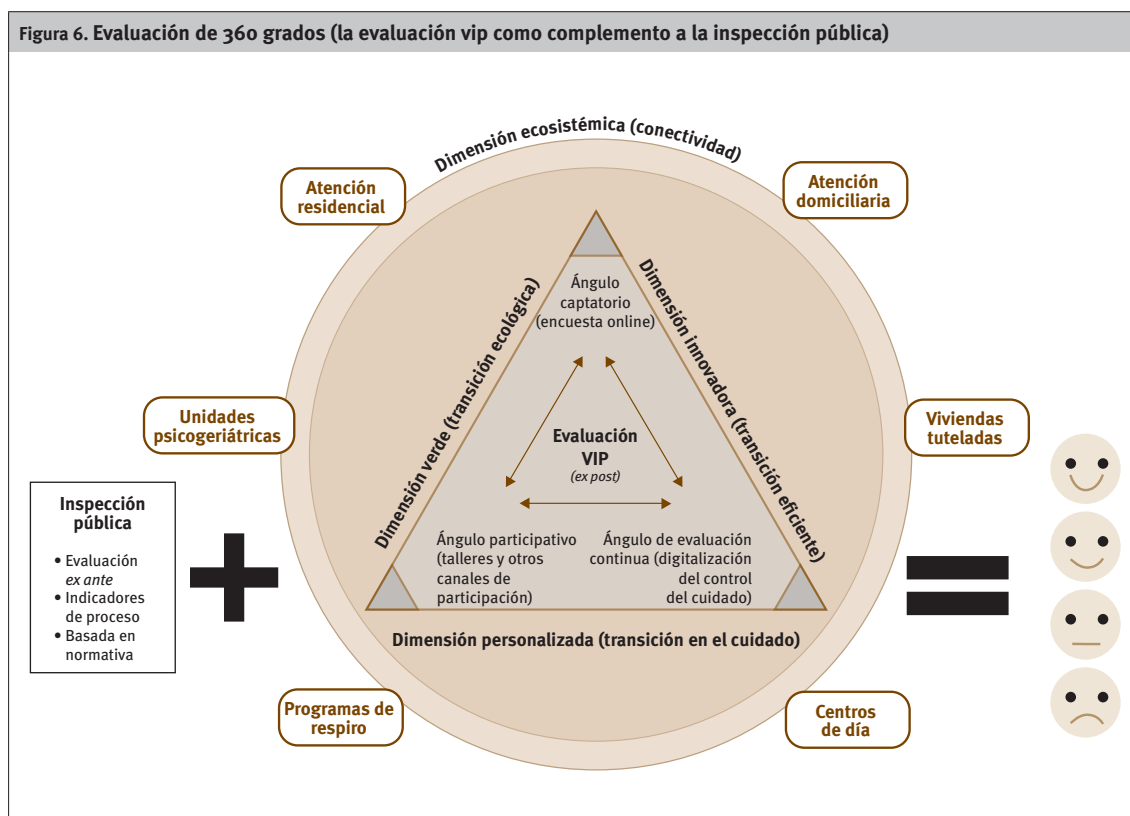
El modelo vip distingue tres herramientas para la captura de información cualitativa en la evaluación de la atención residencial:

- Talleres de contraste, opinión y presentación/discusión de propuestas de mejora (grupos de trabajo de configuración mixta: personal profesional del centro, residentes, familiares y voluntarios/as).

- Encuestas de opinión para evaluar el grado de transición hacia las residencias vip en cada uno de sus ejes de desarrollo (verde, innovación y personalización). El eje de evaluación P, sin lugar a dudas el eje principal de las residencias vip, se constituye asimismo en un indicador del nivel de calidad de vida porque responde a las dimensiones *verticales* del modelo de Schalock-Verdugo (2013). De acuerdo con la matrioska del cuidado vip (Figura 5), la calidad de vida se proyecta desde dos esferas complementarias que, a su vez, permiten dotar de contenido significativo la vida de las personas residentes:
 - Esfera personal o de el/la residente hacia sí mismo/a (desarrollo personal, bienestar físico, bienestar emocional y bienestar material).
 - Esfera relacional o de el/la residente hacia los demás (relaciones interpersonales e integración social).

Las dimensiones restantes del modelo de Schalock-Verdugo (autodeterminación y derechos), se entienden *transversales* cualquiera que sea el estilo de atención residencial a personas mayores.

- Evaluación continua desde el uso de herramientas analíticas de control, registro e interpretación de los tres planos básicos del cuidado de hogar (actividades de la vida diaria, servicio doméstico y disfrute de espacios privados).



Fuente: Elaboración propia.

El Estado español no se alinea con otros de su entorno europeo en el ejercicio de exposición transparente de los resultados de las inspecciones públicas (Alemania, Francia, Bélgica, Inglaterra o Portugal, por ejemplo). No lo hace a ningún nivel, ni estatal ni autonómico. No deja de ser sorprendente esta opacidad estratégica en todos los ámbitos competenciales del Estado, nada menos que veintitrés (quince comunidades autónomas, tres diputaciones forales, tres consejos insulares y dos ciudades autónomas). Ante esta ausencia informativa, las residencias vip abogan por modelos comunicativos con dos objetivos claros:

- Recuperar la buena imagen de los centros residenciales para combatir el daño reputacional postcoronavirus.
- Elaborar un relato del resultado de las inspecciones públicas para documentar el debate sobre teóricos cambios en las perspectivas de evaluación.

La transparencia que reclama el modelo evaluativo vip contrarresta la sensación de sospecha latente con la que el entorno sociofamiliar vive, o ha vivido, la atención residencial en tiempos de pandemia. Sin una planificación comunicativa basada en la transparencia informativa, las familias pueden alimentar su desconfianza ante ciertas preocupaciones. Tampoco tienen una percepción directa de las garantías de atención porque no participan en ninguno de los procesos de evaluación de la calidad del cuidado (la metodología participativa que plantea el modelo vip no está, precisamente, extendida). Aunque las personas residentes y sus entornos familiares son clientes en la medida que pagan por recibir servicios, el sistema sigue despreocupándose por documentar el cumplimiento de sus expectativas. No entender el sistema como un ente adaptativo a las necesidades expresadas por sus diferentes colectivos usuarios es desoír las demandas de atención en los términos que reclaman las personas más vulnerables.

El modelo vip no entiende la transparencia como el conjunto de prácticas de marketing institucional visibles desde diferentes formatos de difusión (desde webs más o menos elaboradas hasta el buzono de proyectos desarrollados y objetivos logrados). La transparencia se distingue porque las decisiones adoptadas y sus motivaciones, así como los resultados obtenidos, se comunican de manera clara y directa a través de canales de acceso generalizado. Los dos rasgos diferenciadores de las residencias vip son los siguientes:

- Lanzan mensajes con contenidos que suscitan el interés de la ciudadanía, más allá de las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares (es este sentido, las residencias vip se muestran conectadas con el resto del ecosistema porque se ofrecen como alternativas válidas en la continuidad de los cuidados).

- Utilizan un lenguaje adaptado a la capacidad de comprensión del conjunto de la sociedad.

Cuanto más exploten las residencias vip su capacidad comunicativa en base a la transparencia, en mayor medida crecerá la confianza de la ciudadanía y más selectiva será en sus demandas de información porque la parte más gruesa del problema ya estará resuelta. En esta inercia, el conocimiento del cuidado crece en dinámica espiral tanto para las actuales personas usuarias como para las futuras personas consumidoras de servicios residenciales. Como valor añadido, no menor, aporta información cualitativa a las propias administraciones públicas como agentes reguladores del sector.

Resumiendo:

- La gobernanza colaborativa, en concreto su desarrollo multinivel para incorporar las percepciones de los distintos agentes de la red residencial, se implementa desde sistemas de evaluación participativa. La norma no es la única herramienta con la que cuentan los gobiernos para desplegar las políticas sociales. El futuro también se construye desde la contribución de todos los actores.
- Las residencias vip formulan nuevas metodologías evaluativas que se caracterizan por su complementariedad con los modelos de inspección pública. El resultado agregado, doblemente garantista —cumplimiento de norma y cumplimiento de expectativas de las personas usuarias— permite mapear las buenas prácticas para imprimir dinámicas de *benchmarking* funcional.
- La comunicación abierta y transparente es la principal estrategia del modelo vip para canalizar un *feedback* multidireccional (centro ↔ personas usuarias, centro ↔ Administración Pública y centro ↔ comunidad) e implantar las medidas consensuadas como vectores de impulso en la mejora continua del cuidado.

6. Las diferentes extensiones de la transición hacia la residencia vip

6.1. Los costes de la transición

El coste de la transición no es solo un problema de contabilidad, de cálculo de las inversiones públicas y/o privadas necesarias para mejorar y adecuar las redes residenciales conforme a los enfoques emergentes en materia de cuidados a los colectivos más frágiles y vulnerables. La evolución tiene sus peajes, pero mantenerse en estrategias reaccionarias y opuestas a cualquier ánimo innovador tampoco es gratuito. No obstante, quienes desarrollamos nuestra actividad profesional en la atención a personas mayores, sabemos de la importancia relativa del coste económico como balanceador de la decisión política. Máxime si, como se presume, la transición a

la residencia del futuro pasa irremediamente por el incremento de los costes económicos de atención (mayores ratios, mejoras salariales, estandarización de insumos y adecuación de los espacios para una convivencia en coordenadas de personalización).

Los modelos vip no son modelos de cuidados burbuja, abstraídos de la realidad a la que

pertenecen y, además, sirven. De igual modo que las tres dimensiones de la atención residencial (verde, innovación y personalización) son producto de su interacción con el medio, los costes de la transición también podrían circunscribirse a los mismos ámbitos relacionales. En la Tabla 4 se comparan los efectos esperados como consecuencia de acometer o desestimar la transición hacia las residencias vip.

Tabla 4. Costes económicos, sociales y ambientales en la transición hacia las residencias vip

Residencias en transición activa (hacia el modelo vip)		Residencias con modelos conservadores (residencias 4.0)	
Acciones	Análisis de coste/beneficio	Inacciones	Tipo de coste
Transición ecológica (dimensión V)			
<ul style="list-style-type: none"> Definir políticas de empresa con los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> Reducir el impacto ambiental por consumo de energía y agua. Gestionar adecuadamente los residuos (sólidos y líquidos). Limitar la emisión atmosférica nociva. Difundir las medidas de gestión ambiental a todos los grupos de interés (residencias con calidad energética A). Planificar la progresiva estanqueidad del edificio para evitar fugas de calor/frío. Facilitar la participación de las personas residentes en distintos foros. <ul style="list-style-type: none"> Participar en redes vecinales intergeneracionales, favorecedoras de relaciones personales, sociales, solidarias y sostenibles. Favorecer comportamientos medioambientales activos y responsables como rutina diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Análisis de inversiones necesarias en instalaciones/equipamientos y posibilidades de recuperación por reducción del coste de la energía. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Mejora de la imagen social del centro por su compromiso medioambiental (posible demanda de plazas por su carácter diferenciador). Acceso a subvenciones públicas. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Efectos positivos esperados en la sostenibilidad del planeta por efectos de las estrategias verdes (Estévez, 2013): <ul style="list-style-type: none"> Hiperactiva: residencias con agenda verde. Proactiva: por delante de la norma. Seguidora: cumple la norma. 	<p>Cuando las políticas son continuistas, los centros incurren en una serie de costes subordinados a la manera tradicional de entender la prestación del servicio: costes de las externalidades negativas propias de una actividad que, si bien no produce almacenamiento más allá de algunas materias primas o productos, generan una cantidad no despreciable de residuos sólidos y líquidos urbanos y/o residuos peligrosos. costes de energía y agua correspondientes a políticas de consumo confiable, dependiente de los niveles de corresponsabilidad de personas residentes, familiares y profesionales para frenar el cambio climático, y no producto de medidas operativas encaminadas al consumo de efecto nulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Residencias sensibles a los vaivenes en el precio de la energía. Centros cautivos del coste energético por no implementar tecnologías adecuadas para limitar el consumo. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Imagen social progresivamente deteriorada por ignorar la perspectiva ambiental de familiares cada vez más imbuidos por ideas ecologistas. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Centros no eficaces ni, en menor medida, eficientes en la lucha contra el cambio climático.
Transición eficiente (dimensión "I")			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los vectores de la innovación en la atención de futuro a personas mayores: <ul style="list-style-type: none"> Comunidades de desarrolladores de marca (innovación al servicio de una red VIP) y de exploración de lo desconocido. Residencias socialmente integradas y facilitadoras de la conectividad entre los distintos nodos del continuo del cuidado. Grupos de conocimiento transversal para potenciar la I+D+E (investigación, diseño de servicios y evaluación del impacto). Evaluar la transición multidimensional: <ul style="list-style-type: none"> Panel de indicadores consensuados con diferentes <i>stakeholders</i>. Grupos de interpretación y contraste para analizar la evolución de indicadores y el cumplimiento de objetivos de transición. Abrir nuevas líneas de investigación en materia de atención residencial para diferenciar cualitativamente el estilo del centro (potenciar el <i>personal branding</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Plan de inversiones para el desarrollo de nuevas herramientas aplicadas al cuidado no intrusivo y basadas en las nuevas tecnologías. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> El uso de tecnología no humanizada, entendida como mecanismo de reducción de costes, podría dañar la imagen del centro si los objetivos de la innovación orientada al cuidado no se comunican con eficacia. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> La innovación vip debe ser inocua, no debe producir externalidades negativas de efecto invernadero 	<ul style="list-style-type: none"> Sin innovación no hay futuro. No enfrentarse a la realidad postcoronavirus desde las fortalezas de la creatividad y desde "las virtudes del coraje, la humildad y la perseverancia" (Uribeetxebarría, 2020) propias de la innovación, es condenar la necesaria progresión para renunciar a la idea de progresos como motor de mejora. Es, asimismo, una estrategia conservacionista que no da respuestas a un entorno VICA (volátil, incierto, complejo y ambiguo) como el de los cuidados a las personas mayores. Sin innovación, el presente es pasado: <ul style="list-style-type: none"> Una residencia vip no pierde competitividad ni oportunidades porque explora nuevas soluciones de cuidados eficientes. Es más probable que una residencia vip capte talento porque son organizaciones abiertas a la dinámica ensayo-error y al flujo de ideas y entusiasmo profesional. Una filosofía vip favorece la generación de climas laborales óptimos para mejorar, y reconocer, el desempeño profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> La innovación eficiente incorpora al proceso del cuidado productos o servicios, nuevos o mejorados, que utilizan una menor cantidad de recursos, humanos y/o materiales, para producir mayor valor añadido. A largo plazo, los modelos conservacionistas encarecen el cuidado. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Enfocar el cuidado en un contexto de parálisis paradigmática (codificación de zonas de confort), no invita a la captación de capital intelectual para la mejora. El cuidado se estanca y la sociedad se resiente. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Romper la relación entre innovación y eficiencia energética es desoír la alarma climática.

Residencias en transición activa (hacia el modelo vip)		Residencias con modelos conservadores (residencias 4.0)	
Acciones	Análisis de coste/beneficio	Inacciones	Tipo de coste
Transición en el cuidado (dimensión P)			
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer explícitamente a los recursos humanos como motor principal de la evolución hacia el cuidado vip: <ul style="list-style-type: none"> Ratios de personal garantes de una atención personalizada y de calidad. Niveles retributivos que dignifiquen el desarrollo profesional y atraigan talento. Definir los nuevos paradigmas del cuidado: <ul style="list-style-type: none"> Fidelizar la permanencia de directoras/es como elementos tractores de la transición. Alianzas estratégicas con administraciones, patronales y sindicatos. Formación reglada, adecuada y transversal sobre el cuidado al residente y el autocuidado como profesional directamente afectado (prevención del <i>burnout</i>). Fortalecer las redes exógenas de interacción imprescindible con el centro: <ul style="list-style-type: none"> Directrices sobre competencias y responsabilidades sociosanitarias. Participación del apoyo solidario en la “recuperación de lo humano” (voluntariado). 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> La residencia vip tiene un principio innegociable: cuidar a quienes cuidan. Solo llegaremos a la ACP si partimos de la ACT (atención centrada en el/la trabajador/a). La revisión de ratios y salarios admite un único código de interpretación: incrementar ambos factores de coste si queremos alcanzar el nivel vip. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> Las residencias vip se proyectan a la sociedad como organizaciones que ponen en valor el trabajo de sus profesionales y minimizan el síndrome del cuidador. Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Las claves de futuro en el estilo del cuidado no inciden en este contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias estrictamente cumplidoras de la normativa no aportan carácter diferenciador positivo. Se limitan a respetar las exigencias funcionales y materiales y coartan la capacidad imaginativa de sus plantillas porque no ofrecen campos de experimentación. El cuidado no evolucionario evalúa la calidad desde modelos <i>ex ante</i>, soportados casi exclusivamente en las consideraciones técnicas de expertos/as y que, en no pocas ocasiones, no contemplan el uso de criterios valorativos de los intangibles del cuidado. Mantener la inercia o acometer pequeñas mejoras incrementales que no discutan los fundamentos de una atención institucional, difícilmente permite entender la atención residencial como aquel conjunto de acciones que se integran en un todo para cuidar de modo personalizado y respetando la singularidad de las personas residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Económicos: <ul style="list-style-type: none"> Observar escrupulosamente los requerimientos de norma es ajustarse a unos costes mínimos que, si bien respetan las obligaciones de acreditación y/o concertación, podrían no cubrir ciertas expectativas de atención. Las residencias con inercias no innovadoras para corregir esta percepción negativa, podrían no llegar al umbral mínimo de sostenibilidad económica. Sociales: <ul style="list-style-type: none"> No implementar actitudes proactivas en la recuperación de la imagen social no ayuda a superar el daño reputacional causado por la pandemia en las residencias Ambientales: <ul style="list-style-type: none"> Sin incidencia aparente.

6.2. Las medidas contra los riesgos de la transición

La transición hacia la residencia vip, si bien compleja y, en todo caso, pensada y pausada, será alcanzable si conseguimos que las siguientes reglas rijan el proceso:

- No correr ni dejar de caminar. La transición a la residencia vip supone repensar el futuro con perspectiva posibilista, evitando estrategias disruptivas y siendo racionalmente ambiciosos en la definición de metas y objetivos.
- No regular fuera de orden y medida, ni con exceso de celo en los requisitos materiales y funcionales, ni con defecto en los intangibles de la atención:
 - Facilitar la implementación de sistemas de evaluación participativa (cumplimiento de las expectativas de las personas usuarias), complementarias a las inspecciones públicas.
 - Evaluar la calidad del cuidado desde la sensibilidad de residentes y entornos sociofamiliares.
 - No entender las residencias como un coto ni etiquetarlas como el final del cuidado
- Interpretar el sistema desde su perspectiva holística donde todos los nodos del continuo del cuidado están interconectados (sinergia sectorial o lo que podríamos conocer como modelo RSI-Residencias Socialmente Integradas).

- No propiciar más crisis reputacionales ni inspirar nuevas críticas. Promocionar el sector hasta evidenciar su carácter esencial y colocarlo a la altura de la sanidad y la educación (la atención a los colectivos más vulnerables y/o desfavorecidos no solo debe ser pilar del estado de bienestar, también tiene que parecerlo).

6.3. La búsqueda de la marca vip (‘personal branding’)

La marca vip se expande sobre un punto central a modo de epicentro: la definición de un futuro modelo de atención residencial como evolución del actual, salvando lo salvable, esto es, “lo suficiente, lo óptimo y lo excelente” (De Martí, 2021). En ese tránsito, el modelo vip defiende el desarrollo de una estrategia colaborativa entre los agentes del sistema. El avance se produce en mecánica radial sobre los cinco ejes que vertebran la transición. En cierta medida, la implementación vip es un caso práctico de prospección que adapta la metodología *social selling* al sector geroasistencial con los siguientes objetivos: ayudar a potenciar socialmente la marca vip, tener mayor visibilidad/alcance, maximizar las oportunidades de contacto y obtener mejores resultados desde campos de experimentación y foros de compartición/contraste.

1. Ampliar la red de percepciones y sensibilidades:
 - Construir y mantener relaciones de confianza con los distintos actores del sistema.
 - Diversificar el alcance para llegar a todos los grupos de interés y dar cabida a todo el espectro opinante.
2. Utilizar herramientas activas de escucha y comunicación:
 - Promover actitudes de empatía hacia las personas usuarias y sus entornos sociofamiliares.
 - Estimular posturas de escucha a los actores de la red priorizando la información que les genera valor.
 - Diseñar contenidos con información que tenga relación con los intereses y expectativas de los actores.
3. Transformar a la ciudadanía en prescriptores de la marca vip:
 - Conseguir que los centros gestores —sus profesionales—, las personas usuarias y/o sus entornos sociofamiliares se conviertan en los principales valedores del sistema.
 - Consolidar la idea de que “la fuerza percibida es la fuerza transmitida”.
4. Intercambiar información con el resto de la red residencial, generar interacción:
 - Idear plataformas de acceso público que ofrezcan información de interés para las personas usuarias, en particular, y la ciudadanía, en general.
 - Construir mapas comparativos y anonimizados para diferentes indicadores o descriptores del impacto social (*benchmarking*).
 - Implementar modelos transparentes de evaluación participativa.
5. Constituirse en líder formal del proceso de transición hacia nuevas fórmulas de cuidado:
 - Utilizar la *expertise* de las personas usuarias como elemento tractor para imprimir la fuerza y dirección necesarias en el proceso de redefinición del modelo de atención.
 - Cumplir las promesas para no producir desafección entre las familias e, incluso, entre la ciudadanía (pérdida de confianza en los planteamientos vip).
 - Medir, analizar y proponer acciones para avanzar en la reformulación del modelo buscando la complicidad de todos los agentes del sistema.

6.4. Las palancas y los engranajes de la transición

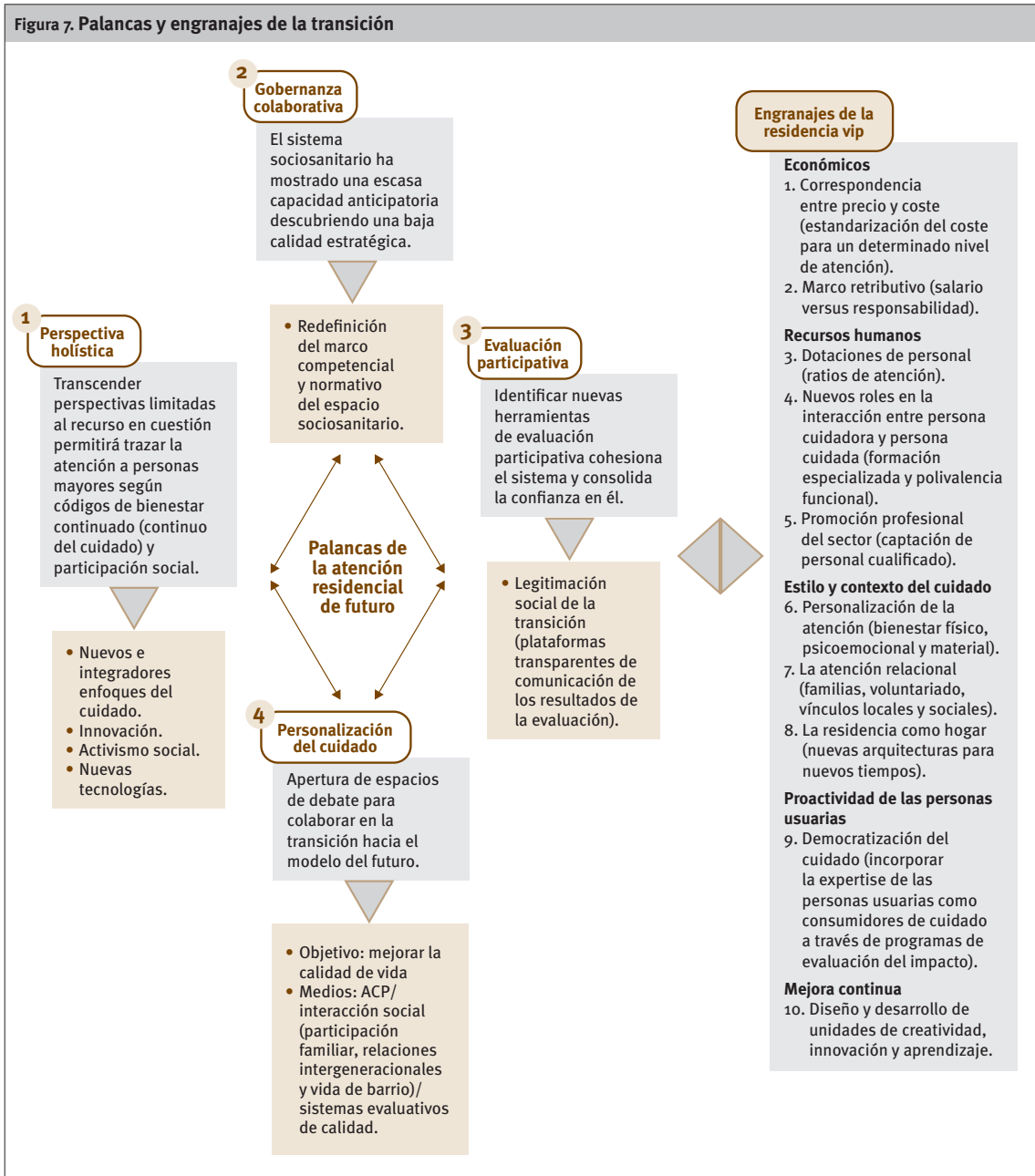
Todas las Administraciones Públicas estructuran su discurso en torno al “inaplazable” cambio del modelo de atención. Así, por ejemplo, en sesiones plenarias de política general en las Juntas Generales de Araba y Bizkaia, sendos diputados generales lanzaron mensajes claros sobre la necesidad del cambio. Se habla de dar

prioridad al cuidado de larga duración en el hogar y un modelo de residencias organizado en unidades más pequeñas, a través de los programas Etxean Bai en Araba y Etxetik en Bizkaia. En Araba se plantean, incluso, la aplicación de desgravaciones fiscales para aquellas familias usuarias de estos nuevos programas. Es evidente que las políticas sociales han incorporado definitivamente a su agenda un replanteamiento del modelo residencial. En cualquier caso, no es una proclama innovadora (Gómez Ordoki, 2021). Desde hace años, el sector viene demandando recurrentemente este cambio de rumbo. La pandemia de covid-19 no ha hecho sino acelerar la revisión del modelo asistencial. La cuestión es en qué sentido.

Los agentes del sector (asociaciones, operadores o consultoras) están, también, lanzando sus propuestas. En general, el paquete de medidas y acciones recomendadas por muchos de los agentes presenta un común denominador en base a cuatro directrices fundamentales: estilo y contexto del cuidado (atención personalizada, ambiente hogareño y convivencia familiar), gobernanza institucional colaborativa (marco sociosanitario), recursos humanos (ratios/salarios) y mejora continua (calidad). Documentos como *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia* (García et al., 2021) o *La atención en residencias. Recomendaciones para avanzar hacia un cambio de modelo y una nueva estrategia de cuidados* (Pinazo, 2020), se pronuncian en estos términos. Naturalmente, también los modelos vip se hacen eco de estas líneas de actuación. Pero, asimismo, integran otras no habituales en la disección de la residencia del futuro: en primer lugar, la evaluación participativa o, lo que es lo mismo, la percepción metodológica del cuidado por parte de las personas usuarias; y en segundo lugar, la estimulación de la creatividad o, en otras palabras, la innovación como propulsor del diseño de nuevos servicios (análisis de procesos experimentales e implementación de casos de éxito).

Este conjunto de actuaciones, y algunas otras de contenido ecosistémico, se ensamblan para conformar el modelo vip. La inercia transicional se imprime desde cuatro palancas cardinales (perspectiva holística, gobernanza colaborativa, evaluación participativa y personalización del cuidado) conectadas por diferentes engranajes (decálogo de la transición).

Sin duda, el engranaje que más potencia transmite al cambio es el de la redefinición de ratios y la revisión de salarios (cuidar a quien cuida, tercer vector de la dimensión P en su primera proyección). Y, por extensión, el de la obligada revisión de los costes de producción para una atención de calidad que, consecuente y paralelamente, debería estar acompañada por el análisis de la financiación pública necesaria. Porque la residencia vip busca “una forma de cuidar mejor que la que, en general, tenemos ahora. Pero, no nos engañemos, una forma también más costosa” (De Martí, 2021).



Fuente: Elaboración propia.

En un Estado con costes de atención heterogéneos —derivados de requisitos autonómicos muy dispares— y un convenio colectivo marco que retribuye la principal figura del cuidado apenas un 5% por encima del salario mínimo interprofesional, la “equiparación de los servicios de todos los ciudadanos con independencia de donde residan” (Pascual, cit. en Geriátricare, 2021), exige la previa definición de un modelo de cuidados con unos contenidos mínimos y suficientes en materia asistencial, material y económica. En ese propósito, los modelos vip, y más concretamente sus dinámicas de transición, podrían constituirse en referencias transversales válidas para imprimir un avance homogéneo en la transición hacia el modelo residencial de futuro.

7. Conclusiones

- El desarrollo práctico de la LAPAD se ha producido en mayor medida desde coordinadas domiciliarias que extradomiciliarias. Las razones podrían ser de muy distinta índole, pero los datos infieren que el cuidado familiar, básicamente informal como baluarte de la cultura mediterránea, soporta el sistema. La cuestión en esta apreciación empírica es saber si lo hace porque no hay suficiente oferta de recursos sociales especializados o porque, simplemente, el cuidado familiar de las personas mayores es algo culturalmente diferenciador en la Europa del sur.

- Si la cultura condiciona el ecosistema, el entorno sociofamiliar —en su papel de cuidadores informales, el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes—, más concretamente su percepción del cuidado como segundo nivel de usuario, debería ser parte activa en la evaluación de los servicios de cartera. De alguna manera, si entendiéramos el ecosistema como una telaraña que detecta cualquier cambio de presión, los servicios serían las fibras MA del sistema (PECEF, SAD, atención residencial, etc.) y las familias serían las fibras víscidas o aquellas que conectan las MA para dar consistencia y conectividad a la red. En esta lógica, residencias y domicilios, domicilios y residencias, se entienden como partes de un todo con entidad superior. La transición hacia la residencia del futuro demanda estrategias holísticas para no centrar el discurso, y muy probablemente las soluciones, en inercias de desconexión y percepción desintegrada.
- Las residencias vip son “evolucionarias” porque no rompen de modo abrupto con un pasado que progresivamente ha abandonado las prácticas de la beneficencia, ha profesionalizado la atención y, formal o informalmente, consciente o inconscientemente, ha comenzado a cuidar con códigos alternativos de personalización y respeto a la libre elección. Pero si la evolución se queda anclada en la dimensión P, su valor añadido es básicamente personal (el/la residente y sus circunstancias). Los modelos vip, por el contrario, producen valor social porque impulsan un *know how* con visión integradora, más tendente a la atención centrada en las relaciones —la residencia y sus circunstancias— que a la atención centrada en la persona. Optar por lo vip es ampliar el alcance de la misión, visión y valores del centro porque las personas usuarias, además de constituirse en el epicentro de la atención, participan en la definición de las políticas sociales (gobernanza colaborativa), evalúan la calidad del cuidado (evaluación participativa) y determinan el rumbo de la mejora (sentido de la innovación).
- La conectividad multidimensional es una de las dos cadenas del ADN de las residencias vip; la evaluación participativa es la cadena complementaria. La propuesta vip se articula conforme a su capacidad de ensamblaje interno y externo: interno, porque es un nodo conectado al ecosistema de cuidados a personas mayores dependientes; externo, porque su actividad trasciende el cuidado de personas frágiles y vulnerables para identificarse, también, con las preocupaciones sociales de toda índole (cambio climático, pirámide poblacional, códigos éticos, humanización de las nuevas tecnologías, etc.). En el ecosistema social o aquel basado en las relaciones entre los seres humanos (Molina, 2018), las residencias vip buscan desempeñar un papel activo y no ofrecerse al imaginario colectivo como organismos cuasi parasitarios que no aportan valor en la transformación social.
- La cualidad vip no es un anhelo como consecuencia de la realidad postcoronavirus. Si bien es cierto que la covid-19 ha sido un potentísimo reactivo para que las administraciones autonómicas hayan decidido romper —al menos discursivamente— con ciertas herencias en la atención a las personas mayores, la idea de una necesaria transición hacia el cuidado del futuro ya estaba interiorizada en el sector desde hacía un tiempo. En la segunda década del siglo XXI, los países presumiblemente más innovadores en materia geroasistencial reflexionan sobre las tendencias de futuro “partiendo de la investigación del diseño ambiental” (De Martí, 2015). La residencia vip conecta perspectivas e incorpora al debate elementos como “privacidad”, “dignidad”, “libertad de elección,” “entorno hogareño”, “tecnología para mejorar la calidad de vida”, “entornos sostenibles”, “integración comunitaria” o “continuo asistencial”. El reto de futuro es integrar este directorio conceptual en las correspondientes normas reguladoras.
- La evaluación vip trasciende la tangibilidad de otros métodos evaluativos. No se detiene en la detección de incumplimientos de norma o en el análisis de reclamaciones (inspecciones públicas o auditorías de calidad), sino que busca dotarse de datos, argumentos y percepciones para objetivar el estilo del cuidado desde la sensibilidad de las personas residentes y/o sus entornos sociofamiliares (modelo certificativo de cumplimiento de expectativas de los clientes) y desde la participación vinculante en la definición de los planes individuales de cuidado (gestión de caso). Las residencias vip abren canales, foros y otros formatos de encuentro para discutir el cuidado —como observación/valoración diaria de incidencias—, la interacción entre familia y centro y las dinámicas relacionales (interacción de la residencia con los diferentes grupos de interés). El principal cometido de la evaluación vip es complementar la inspección pública desde contenidos cualitativos; su principal virtud, la transparencia en la comunicación de los resultados.
- Ser vip es reconocer la tríada del cuidado sin prevalencias (actividades de la vida diaria \cong salud \cong psicosocial). Ser vip es, asimismo, promover una mayor presencia de profesionales de perfil psicosocial como mayor garantía para combatir las tres plagas de la vida residencial (soledad, aburrimiento e inutilidad). Pero ser vip es, sobre todo, producir una sensación de bienestar en las personas residentes que, por mayores, no han renunciado a sus proyectos de vida.
- La transición a la residencia del futuro no está exenta de riesgos ni se produce a coste cero. Alcanzar la categoría vip implica asumir inversiones que, a medio y largo plazo, producen retornos positivos desde el reconocimiento social (efecto *boomerang* del enfoque vip). Insistir en la perdurabilidad del modelo residencial 4.0 como

alternativa de futuro, aunque inicialmente menos demandante de financiación complementaria, no parece una estrategia económica integral inteligente porque los costes sociales, ambientales y políticos desaconsejan la decisión. La recuperación reputacional del sector, más allá de pisar el umbral 5.0 o adquirir la marca vip, pasa por volver a erigirse en depósito de confianza para una sociedad que no puede prescindir de las residencias como servicios esenciales. Esta recuperación del terreno perdido, más aún su posibilidad de crecimiento

futuro, solo será una realidad alcanzable si el Estado —y, por delegación de competencias, los ejecutivos autonómicos—, priorizan el cuidado a las personas mayores como un reconocimiento a los esfuerzos de la “generación silenciosa”. Las materias primas del éxito son inconfundibles y se extraen en el yacimiento de la inversión pública: incremento de ratios, dignificación salarial, revisión de costes de atención, cuidados personalizados, evaluación participativa y estímulos a la innovación. El buen hacer del sector hará el resto.

- ATARÉS A. (2020): “Residencias y tecnología asistencial: ¿cómo invertir con sentido?”, *Inforesidencias*, <https://dependencia.info/noticia/3230/opinion/residencias-y-tecnologia-asistencial-como-invertir-con-sentido.html>.
- BUCKLAND H. y MURILLO D. (2013): *Vías hacia el cambio sistémico. Ejemplos y variables para la innovación social*, San Cugat del Vallés, Instituto de Innovación Social.
- CASTRO J. y GÓMEZ A. (2020): *Las políticas sociales en tiempos de la COVID-19. La experiencia del Territorio Histórico de Gipuzkoa*, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- CORTES DE ARAGÓN (2020b): *Dictamen de la comisión especial de estudio para analizar los criterios que deben regir la reestructuración de la red de centros asistenciales de mayores de Aragón, así como las medidas y modificaciones legislativas y el estudio de viabilidad de las mismas*, Cortes de Aragón.
- DE MARTÍ J. (2015): “Diez tendencias en el diseño de residencia de mayores”, *Inforesidencias*, <https://www.inforesidencias.com/blog/index.php/2015/10/01/diez-tendencias-en-el-diseno-de-residencias-de-mayores/>.
- DE MARTÍ J. (2021): “¿Cómo conseguir las residencias que necesitaremos en los próximos 30 años?”, *Inforesidencias*, <https://dependencia.info/noticia/4437/opinion/como-conseguir-las-residencias-que-necesitaremos-en-los-proximos-30-anos.html>.
- DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.; GARCÍA, A.; RIVAS, E.; ABAD, E.; SUÁREZ, N.; MONDRAGÓN, G.; BUIZA, C.; ORBEGOZO, A. y YANGUAS, J. (2014): “Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 49, nº 6, pp. 266-271.
- ESPAÑA (2006): Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-2006.
- (2013): Real Decreto 235/2013, de 5 de abril, por el que se aprueba el procedimiento básico para la certificación de la eficiencia energética de los edificios, *Boletín Oficial del Estado*, nº 89, 13-4-2013.
- (2012): Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, 14-7-2012, pp. 50.428-50.518.
- (2017): Real Decreto 1082/2017, de 29 de diciembre, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 317, 30-12-2012, pp. 130.885-130.887.
- ESTÉVEZ R. (2013): “¿Qué tipo de estrategia ambiental sigue tu empresa?”, *EcoInteligencia*, <https://www.ecointeligencia.com/2013/06/tipos-estrategia-ambiental-empresa/>.
- FERNÁNDEZ MUÑOZ, J. (coord.) (2021): *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2018*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- FILARDO, C. (2011): “Trabajo Social para la Tercera Edad”, *Documentos de Trabajo Social*, nº 49, pp. 204-219.
- GARCÍA, G.; RAMÍREZ J.M.; ARANDA A.M. y RUEDA A. (2021): *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- GERIATRICAREA (2014): “Aging 2.0, la plataforma de impulso a la innovación en beneficio de los mayores,

- llega a Madrid”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2017/07/07/aging-2-0-la-plataforma-impulso-la-innovacion-beneficios-mayores-llega-madrid/>>.
- (2021): “El CEAPs pide garantizar la igualdad de Derechos de todas las personas dependientes y una financiación digna”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2021/06/10/>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2021): *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Gobierno de España.
- GÓMEZ ORDOKI, A. (2018): “Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado”, *Zerbitzuan*, nº 65, pp. 141-173, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.12>>.
- (2020): “Habitús: supervisión de la calidad asistencial desde la perspectiva doméstica de la atención”, *Zerbitzuan*, nº 71, pp. 75-103, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.71.05>>.
- (2021): “Adiós, año de la rata; bienvenido, año del buey”, *Dependencia.info*, <<https://dependencia.info/noticia/4073/opinion/adios-ano-de-la-rata-bienvenido-ano-del-buey.html>>.
- HERNÁNDEZ-ASCANIO, J.; TIRADO-VALENCIA, P. y ARIZAMONTES, A. (2013): “El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 88, pp. 165-199.
- HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.B. y LAYTON, J.B. (2010): “Social relationships and mortality risk: A metaanalytic review”, *PLOS Medicine*, vol. 7, nº 7, e1000316.
- INARQUIA (s.f.): “7 Edificios con el estándar Passivhaus en España”, *Inarquia*, <<https://inarquia.es/edificios-passivhaus-espana/>>.
- JIMÉNEZ S, y VIOLA A. (2019): *Observatorio de la Dependencia, tercer informe, noviembre 2019*, serie Estudios sobre la Economía Española, nº 2019/42, Fedea.
- KNAPP, M. (1988): *La economía de los servicios*, Barcelona, Escola Universitària de Treball Social, Barcelona, La Llar del Libre.
- MARTÍN GARCÍA, M. (2012): “Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico”, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 98, pp. 9-34.
- MARTÍNEZ, T. (2016): “Auxiliares y gerocultores/as, profesionales clave en la ACP”, *La Atención Centrada en la Persona, un Camino por Recorrer*, <<http://acpgerontologia.blogspot.com/2016/11/auxiliares-y-gerocultoresas.html>>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2016): La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación, colección Estudios de la Fundación, nº 3, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- MOLINA RODRÍGUEZ, L. (2018): “Dualidades, ecosistemas sociales y naturaleza” (trabajo de fin de grado), Universitat Politècnica de València.
- OMS (2015): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- PINAZO, S. (2020): *La atención en residencias. Recomendaciones para avanzar hacia un cambio de modelo y una nueva estrategia de cuidados*, Generalitat Valenciana, Universitat de València.
- QUIJADA, P. (2019): “La ACP como marco de implementación para la innovación tecnológica”, *EH4ALL- People-centered*, <<https://ehealth4all.net/2019/12/02/la-acp-como-marco-de-implementacion-para-la-innovacion-tecnologica/>>.
- RUIZ-ROBLEDILLO, N. y MOYA-ALBIOL, L. (2012): “El cuidado informal: una visión actual”, *Revista de Motivación y Emoción*, nº 1, pp. 22-30.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, D. y CHÁVEZ ALVARADO, R. (2020): *Envejecimiento de la población y cambio climático. Vulnerabilidad y resiliencia desde la gerontología ambiental*, Granada, Comares.
- SANCHO CASTIELLO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2020): *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II: análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Junta de Castilla y León.
- SCHALOCK R. y VERDUGO M.A. (2013): *Discapacidad e Inclusión. Calidad de vida*. Salamanca, Amarú.
- SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 185, 13-8-2012, págs. 55.657-55.674.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (ed.) (2012): *Manual práctico sobre las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia*, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- TREPAT, M. (2019): “El futuro de la arquitectura para las personas mayores: espacios que eviten el estrés, la angustia y la depresión”, *Geriatricarea*, <<https://www.geriatricarea.com/2019/11/29/el-futuro-de-la-arquitectura-para-las-personas-mayores-espacios-que-eviten-el-estres-la-angustia-y-la-depresion/>>.
- UNIÓN DEMOCRÁTICA DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS DE ESPAÑA (2017): “El 82 % de las Personas Mayores en España quiere envejecer en su propia casa”, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, <<https://www.mayoresudp.org/el-82-de-las-personas-mayores-en-espana-quiere-envejecer-en-casa/>>.
- URIBEETXEBERRIA, A. (2020): “Las 4 consecuencias de no innovar”, *Adigai Innovation*, <<https://adigai.com/blog/las-4-consecuencias-de-no-innovar/>>.
- VV. AA. (2020a): *Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias*, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.