

**ENVEJECIENDO EN CASA:
RURAL CARE COMO REFERENTE DEL NUEVO MODELO DE
CUIDADOS**

**AGEING AT HOME:
RURAL CARE AS A BENCHMARK FOR A NEW MODEL OF CARE**

Javier García-García¹

Universidad de Valladolid (España)

 <https://orcid.org/0000-0002-2417-9557>

Álvaro Elices-Acero

Universidad de Valladolid (España)

 <https://orcid.org/0000-0001-6650-0225>

Juan María Prieto-Lobato

Universidad de Valladolid (España)

 <https://orcid.org/0000-0002-3922-9756>

Pablo de la Rosa-Gimeno

Universidad de Valladolid (España)

 <https://orcid.org/0000-0003-1015-8242>

Correspondencia:

javier.garcia.garcia22@uva.es

Financiación:

El proyecto *Rural Care* ha sido financiado mediante el Acuerdo de subvención VS/2020/0290 incluido en el Programa de Empleo e Innovación Social “EaSI” 2014-2020. Este acuerdo fue Aprobado por la Comisión Europea y forma parte de la convocatoria “Call for proposals on social innovation and national reforms (Long-Term Care)”.

Recibido	Revisado	Aceptado	Publicado
30-10-2024	12-05-2025	16-06-2025	26-06-2025

Resumen

Introducción. El envejecimiento poblacional representa uno de los grandes desafíos contemporáneos, especialmente en áreas rurales donde la provisión de cuidados sociosanitarios se ve condicionada por factores como el aislamiento social, la amplia dispersión geográfica y la escasa accesibilidad a los recursos. Frente a esta problemática, *Rural Care* surge como un proyecto piloto destinado a promover un modelo integrado de cuidados domiciliarios de larga duración para personas mayores residentes en el medio rural. El proyecto fue financiado por la Unión Europea bajo el programa EaSI y ha sido implementado entre octubre de 2020 y septiembre de 2023 en Castilla y León (España). *Objetivos.* 1) Presentar los fundamentos del modelo de cuidados implementado en el proyecto *Rural Care*, 2) describir su puesta en práctica, y 3) exponer sus aportaciones, aprendizajes, dificultades y posibilidades de transferencia para el Trabajo Social internacional. *Descripción de la práctica.* Del modelo de cuidados implementado en el proyecto *Rural Care* destaca, en primer lugar, la metodología empleada, la cual combina intervenciones que articulan servicios sociales y sanitarios garantizando un enfoque integrado y personalizado a través de herramientas como el *proyecto de vida* o el *plan de cuidados sociosanitarios*. La segmentación por hogar de riesgo se ha convertido en otro elemento clave al permitir ajustar la intensidad y tipo de apoyos proporcionados según variables clave como la autonomía personal, la composición familiar, el estado cognitivo y el grado de dependencia. Otro aspecto innovador es la amplia variedad y tipología de apoyos que han sido prestados, entre los que se encuentran la provisión de tecnologías asistenciales avanzadas, la asistencia personal o el desarrollo de estrategias comunitarias destinadas a promover la participación social de usuarios y familiares. Por último, conviene destacar los diferentes roles desempeñados por los profesionales del trabajo social, quienes se han convertido en los principales responsables del éxito del proyecto al asegurar la integración efectiva de servicios, la planificación personalizada y la dinamización comunitaria. *Reflexión crítica.* La integración sociosanitaria promovida en *Rural Care* ha reducido la fragmentación tradicional y ha generado sinergias entre agentes públicos, privados y comunitarios. La segmentación por hogar de riesgo ha facilitado la planificación eficiente de apoyos, mientras que la tríada de apoyos (personal-comunitario-tecnológico) ha permitido el incremento en la autonomía y la seguridad domiciliaria. Entre las dificultades transferibles figuran la escasez de profesionales cualificados en zonas rurales y la volatilidad económica derivada de la propia naturaleza del pilotaje; superarlas requiere incentivos laborales y marcos financieros plurianuales estables. *Conclusiones.* *Rural Care* demuestra la viabilidad de un modelo domiciliario, integrado y basado en derechos, capaz de garantizar que las personas mayores envejecen en su entorno con dignidad y calidad de vida. Sus resultados y los elementos clave del modelo implementado ofrecen buenas prácticas transferibles a regiones europeas y latinoamericanas con retos demográficos análogos. Se recomienda seguir profundizando en la evaluación longitudinal de este tipo de experiencias y aumentar los esfuerzos investigadores y la cooperación académica internacional para consolidar evidencias comparadas y perfeccionar la respuesta global al desafío del envejecimiento.

Palabras clave: Cuidados de larga duración; Cuidados domiciliarios; Desinstitucionalización; Servicios sociales; Innovación Social; Personas mayores; Medio Rural; Trabajo Social.

Abstract

Introduction. Population ageing represents one of the major contemporary challenges, particularly in rural areas, where the provision of social and health care is constrained by factors such as social isolation, wide geographical dispersion, and limited access to resources. In response to these challenges, *Rural Care* is a pilot project designed to promote an integrated model of long-term home care for older people living in rural settings. The project was funded by the European Union under the EaSI programme and was implemented between October 2020 and September 2023 in Castilla y León (Spain). *Objectives.* 1) To present the fundamentals of the care model implemented in the *Rural Care* project, 2) to describe its implementation, and 3) to present its contributions, lessons learned, difficulties and transfer possibilities for international Social Work. *Description of the practice.* A key feature of the *Rural Care* model is its methodology, which combines interventions that integrate social and health services, ensuring a personalised and holistic approach through tools such as the *life project* and the *socio-health care plan*. Risk-based household segmentation has become another essential component, enabling the adaptation of support intensity and type based on key factors such as personal autonomy, family composition, cognitive condition, and degree of dependency. An additional innovative aspect is the wide range and diversity of support provided, including advanced assistive technologies, personal assistance, and community-based strategies aimed at fostering the social participation of users and their families. Finally, the various roles assumed by social workers should be highlighted, as they have been central to the project's success by facilitating service integration, personalised care planning, and community engagement. *Critical reflection.* The integrated social and health care promoted by *Rural Care* has reduced traditional fragmentation and fostered synergies among public, private, and community stakeholders. Household risk segmentation has improved the efficiency of support planning, while the support triad (personal–community–technological) has enhanced autonomy and home safety. Transferable challenges include the shortage of qualified professionals in rural areas and the financial instability inherent in pilot initiatives. Addressing these issues requires employment incentives and stable, multiannual funding frameworks. *Conclusions.* *Rural Care* demonstrates the viability of a home-based, integrated, rights-oriented care model that enables older people to age in place with dignity and quality of life. Its outcomes and the core components of the model provide transferable good practices for European and Latin American regions facing similar demographic challenges. Continued longitudinal evaluation, increased research efforts, and enhanced international academic collaboration are recommended to build comparative evidence and strengthen the global response to the ageing challenge.

Keywords: Long-term care; Home care; Deinstitutionalization; Social services; Social Innovation; Older adults; Rural Areas; Social Work.

1. Introducción

En los últimos años, el estudio de las dinámicas demográficas y sus desafíos (Comisión Europea, 2023) ha cobrado relevancia en las ciencias sociales y de la salud, convirtiéndose además en un objetivo prioritario para las Administraciones Públicas, las entidades del tercer sector e, incluso, las entidades privadas. Uno de los retos que suponen estas transformaciones sociodemográficas es el de hacer frente al incremento de las demandas de cuidados. A nivel internacional, está teniendo lugar el consagramiento de una corriente teórica (Holstein et al., 2010) y política (Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund, 2000) que aboga por un modelo de cuidados domiciliarios de larga duración (en adelante, CLD) que permita la permanencia de la persona en su entorno comunitario habitual (Martínez-Virto y Hermoso-Humbert, 2021). La literatura científica destaca los beneficios de esta modalidad en áreas como la enfermería (Ruiz-Íñiguez et al., 2017), la fisioterapia (Lourido y Gelabert, 2008) o los cuidados al final de la vida (Prieto-Lobato et al., 2023). Desde una perspectiva política, tres hitos reflejan el compromiso con la innovación en CLD: la inclusión de este derecho en el Pilar Europeo de Derechos Sociales, el desarrollo de la Estrategia Europea de Cuidados y la recién implementada Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad en España.

2. Avanzando en derechos: cuidados en el hogar

El informe de Šiška & Beadle-Brown (2020) sobre la transición hacia modelos de atención comunitaria en Europa no incluía referencias a la desinstitucionalización en España. Sin embargo, a partir de su publicación, han surgido avances en esta materia, como el Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso a los servicios sociales, que prioriza los cuidados comunitarios frente a la institucionalización. No obstante, su tramitación se interrumpió debido a las elecciones, sin actualizaciones posteriores. Asimismo, la Estrategia España 2050 identifica el desafío de adaptar el Estado de Bienestar a una sociedad más longeva, promoviendo modelos de cuidados alternativos como residencias de tipo “hogar”, *cohousing* intergeneracional o redes de apoyo comunitario.

En este contexto, se destaca la necesidad de crear, en España, ecosistemas locales de cuidados mediante la colaboración público-comunitaria (Hermoso y Zuñiga,

2022), teniendo en cuenta los retos de los actuales modelos de cuidados domiciliarios (Spasova et al., 2018) y las claves señaladas por las personas expertas de cara a la mejora del sistema nacional de atención a la dependencia (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2020).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar una experiencia innovadora de cuidados domiciliarios en el medio rural, resaltando los elementos clave del modelo y, particularmente, el cometido de las personas profesionales del trabajo social.

3. El proyecto *Rural Care*

Rural Care inició su trayectoria en el año 2020, siendo un proyecto piloto ambicioso cuyos resultados pretendían trasladarse al ámbito de las políticas públicas en el contexto regional. Su objetivo principal consistió en la concepción, implementación y evaluación de un enfoque sistémico e innovador orientado a la creación de un modelo de cuidados integrados de larga duración. Para la consecución de ese objetivo, se involucró tanto a entidades públicas como privadas, colaborando ambas en la provisión de atenciones en el hogar. El espacio elegido para la implementación del proyecto fue el medio rural, con el propósito de garantizar la adaptación del modelo a las personas que residen en entornos pequeños y con dificultades de comunicación. La Tabla 1 sintetiza los aspectos definitorios del proyecto.

Tabla 1

Descripción general del proyecto *Rural Care*

<i>Rural Care</i>	
Finalidad	Garantizar cuidados integrados de larga duración con el fin de prevenir y abordar de manera proactiva la situación de hogares de riesgo a través de los sistemas públicos de protección mediante la coordinación de procesos sociosanitarios y la provisión de recursos necesarios para transformar estos hogares en entornos seguros, asegurando la calidad de vida y favoreciendo la permanencia de las personas en su domicilio habitual.
Objetivo general	Diseño, experimentación y evaluación de un enfoque sistémico e innovador para la provisión de cuidados integrados de larga duración adaptados a las necesidades de las personas cuya residencia se encuentra en entornos rurales en función de sus deseos, valores y preferencias individuales.

Rural Care	
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar el apoyo social, la atención sanitaria y las oportunidades de participación en la comunidad que permitan a las personas continuar viviendo en su hogar con seguridad, dignidad y una buena calidad de vida. • Implementar servicios flexibles y personalizados para convertir hogares de riesgo en espacios seguros, brindando apoyo a las personas, sus familias y su entorno, con un enfoque ético y centrado en la persona. • Explorar cómo la tecnología puede aplicarse a la planificación personalizada, facilitando que las personas permanezcan en su hogar de acuerdo con su propio proyecto de vida. • Fomentar el desarrollo territorial para crear entornos rurales que favorezcan la autonomía personal.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> • Personas de edad avanzada con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que residan en su domicilio habitual, ya sea propio, alquilado o cedido. • Familias y personas cuidadoras de quienes participan en el proyecto.
Localización	Villalón de Campos y Medina de Rioseco (Valladolid).
Temporalización	Del 1 de octubre de 2020 hasta el 1 de octubre de 2023 (36 meses).
Apoyos prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de caso, gestión de caso y profesional de referencia. • Apoyo a familias y personas cuidadoras. • Cuidados sanitarios en el domicilio. • Adaptaciones en el hogar. • Productos de apoyo. • Participación en la comunidad. • Asistencia Personal.
Socios	Funciones
Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León	Líder del proyecto y responsable de los CLD en Castilla y León.
Diputación de Valladolid	Colaborador en la toma de decisiones.
Fundación Personas	Prestación de servicios y apoyos.
Universidad de Valladolid	Generación de conocimiento mediante la evaluación del proyecto.
European Social Network	Transferencia de resultados y difusión de la información.
Financiación y presupuesto	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo de subvención VS/2020/0290. Programa de Empleo e Innovación Social "EaSI" 2014-2020. Aprobado por la Comisión Europea. Convocatoria: "Call for proposals on social innovation and national reforms (Long-Term Care)". • Presupuesto global: 2.772.762,97 €

Nota. Elaboración propia a partir de la documentación programática de *Rural Care*.

El carácter innovador de *Rural Care* se fundamenta en cuatro factores clave que han sido determinantes para su éxito: segmentación por hogar de riesgo, tipos de apoyo

proporcionados, metodología de intervención y rol desempeñado por los profesionales del trabajo social.

3.1. Segmentación por hogares de riesgo

Para garantizar apoyos efectivos que realmente mejoren la calidad de vida de las personas, es fundamental llevar a cabo una valoración y planificación integrales que consideren su entorno. Esto implica ir más allá de basarse únicamente en el grado de dependencia, evitando asumir automáticamente sus necesidades en las distintas áreas a partir de este criterio. Para ello, *Rural Care* introduce la segmentación por *hogares de riesgo* (en adelante, HR) como herramienta clave para evaluar y planificar los servicios. Esta clasificación se basa en variables como la composición del hogar, el nivel de autonomía, la condición de las personas cuidadoras y la presencia de deterioro cognitivo, dividiendo los hogares en cuatro niveles de riesgo (HR1-HR4). En función del nivel asignado, se ofrecen apoyos de distinta intensidad, con el objetivo de convertir estos hogares en hogares seguros (entornos que, mediante adaptaciones, ayudas técnicas, servicios de proximidad y activación comunitaria, permitan a las personas permanecer en su domicilio de forma segura y con calidad de vida).

3.2. Tipos de apoyo proporcionados a las personas y/o familias

Si bien la segmentación en hogares de riesgo se ha consolidado como una estrategia eficaz para ajustar los apoyos a las necesidades reales de los destinatarios, otro aspecto clave del éxito del programa ha sido la propia variedad y flexibilidad de los apoyos y servicios, ya que su provisión integrada genera sinergias entre los distintos agentes implicados y tiene un impacto positivo en las diversas dimensiones del bienestar de las personas, promoviendo un enfoque de atención integral.

El programa establece tres categorías de apoyos. En primer lugar, los *apoyos personales*, que incluyen la asistencia personal, los cuidados sanitarios domiciliarios y el acompañamiento individualizado por parte de profesionales de referencia. Se ha comprobado que la figura del asistente personal ha sido determinante para la mejora de la calidad de vida de las personas beneficiarias, consolidándose como un pilar clave del modelo de cuidados. No obstante, aún existen desafíos pendientes para alcanzar todo su potencial (Elices et al., 2025).

En segundo lugar, se encuentran los *apoyos comunitarios*, que buscan fortalecer la participación de las personas en su entorno social. Se incluyen aquí las actividades de dinamización territorial y aquellas dirigidas a involucrar a las personas usuarias y sus familias en la comunidad. Iniciativas como los grupos de autoayuda para familias, los periodos de descanso, los talleres de educación para la salud y otras acciones orientadas a la creación de redes de apoyo resultan esenciales para fomentar la interacción social y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas.

Por último, se contemplan los *productos tecnológicos y de apoyo*, que abarcan desde dispositivos físicos, como andadores, grúas o sillas de ruedas, hasta servicios de teleasistencia avanzada. La incorporación de tecnología asistencial ha permitido monitorizar parámetros sanitarios de las personas usuarias y mantener un canal de comunicación permanente para atender cualquier imprevisto, lo que facilita la prevención de riesgos y minimiza las consecuencias de posibles emergencias, garantizando mayor seguridad y autonomía para las personas atendidas.

La integración de estos tres tipos de apoyo –los que inciden en la calidad de vida individual, los que fortalecen las relaciones comunitarias y los que facilitan la autonomía a través de la tecnología– resulta esencial para dar respuesta a las necesidades de las personas que requieren cuidados en el medio rural. En consecuencia, este enfoque innovador permite no solo mejorar su bienestar, sino también favorecer su permanencia en el entorno habitual, promoviendo un modelo de atención más sostenible y centrado en la persona.

3.3. Metodología de intervención

Como tercer elemento clave del modelo de cuidados que representa el proyecto *Rural Care*, destaca la *metodología de intervención* planteada, que se podría definir por su carácter integral e integrado. Tradicionalmente, la atención a las necesidades sociosanitarias se realizaba de manera independiente por cada uno de los dos sistemas encargados de dar respuesta: por un lado, los servicios sociales y, por otro lado, los servicios sanitarios. La coordinación entre ambos servicios habitualmente se reducía al voluntarismo de los profesionales implicados y era la persona la que, de manera proactiva, debía acudir y solicitar las atenciones necesarias a estos servicios. Además, dichas atenciones carecían, en la mayoría de los casos, de una estrategia consciente de personalización. Esta forma de intervención cambia ligeramente con la implementación del *Plan de Cuidados Sanitarios* propio del modelo de *Rural Care*,

documento en el que se integran los datos relativos a la salud y cuya consulta está disponible para el sistema de protección social, siendo un elemento facilitador de la atención holística y coordinada entre ambos sistemas.

También es destacable, dentro de la metodología de *Rural Care*, el uso del *Proyecto de Vida* como herramienta sobre la que pivotan todas las actuaciones y en el que se recogen las expectativas, deseos e intereses de las personas. Además, se ha reconocido el carácter cambiante y dinámico de los proyectos de vida, lo que obliga a los profesionales a una constante actualización del mismo. Si bien esto supone un esfuerzo extra con respecto a las metodologías tradicionales de atención, las cuales estaban guiadas en su mayoría únicamente por el criterio profesional, esta forma de actuar dota de un carácter personalizado a la intervención y permite que el conjunto de actuaciones realizadas con las personas o sus familias se lleven a cabo desde el respeto y manteniendo la identidad personal de cada uno (Ruggiano & Edvardsson, 2013).

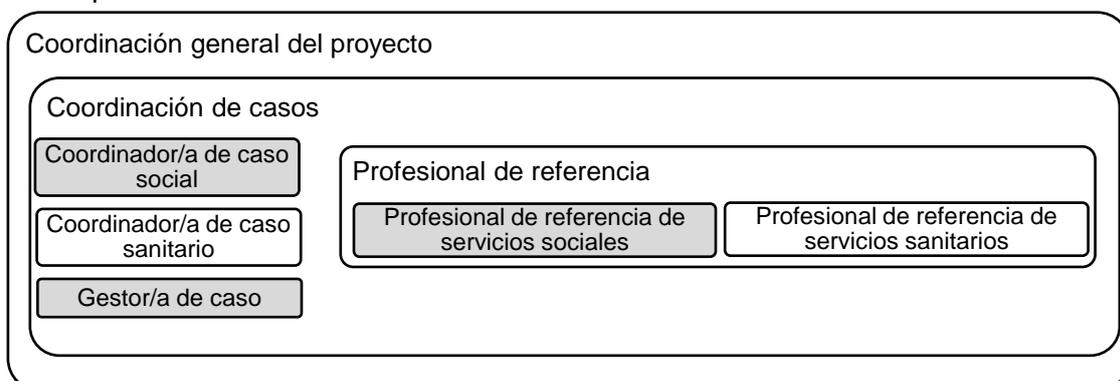
3.4. Profesional del Trabajo Social como figura clave

Aunque la segmentación por hogares de riesgo, los servicios prestados y la metodología de intervención han sido claves para el éxito del proyecto, la organización de los roles profesionales también ha sido un factor determinante. En especial, destaca la labor de los trabajadores y las trabajadoras sociales, cuya participación ha sido fundamental en la implementación del nuevo modelo de cuidados impulsado por *Rural Care*.

La Figura 1 muestra los principales roles profesionales que han estado presentes en el proyecto, siendo aquellos puestos que aparecen destacados los desempeñados por los profesionales del trabajo social.

Figura 1

Roles profesionales



El *coordinador* o la *coordinadora de caso social* es una figura profesional integrada en el sistema de servicios sociales de primer nivel, cuya labor se dirige a facilitar el acceso de las personas al programa, proporcionándoles información y orientación. Además, es responsable de la coordinación con el personal de atención primaria de salud y con el operador territorial, garantizando una intervención conjunta y eficiente. Entre sus funciones también se encuentra el seguimiento y validación del *Plan de Apoyo Social*, asegurando su adecuación a las necesidades de cada persona beneficiaria. Asimismo, participa activamente en los grupos de trabajo pertinentes y desempeña un papel clave en la activación de la comunidad, colaborando estrechamente con el dinamizador del territorio y el gestor de caso para fortalecer la red de apoyo y fomentar la integración social de las personas beneficiarias.

Por otro lado, el *gestor* o *gestora de caso* es una figura innovadora en la prestación de servicios por parte de la Administración Pública en Castilla y León, cuya labor se articula en estrecha colaboración con los y las profesionales del ámbito social y sanitario. Entre sus principales funciones se encuentran la elaboración del *Plan Provisional de Apoyos*, su versión definitiva y la valoración económica asociada, asegurando que los recursos asignados sean adecuados a las necesidades de las personas usuarias. Además, mantiene una coordinación constante con el o la coordinador/a de caso social y los profesionales de atención primaria de salud, facilitando la integración de los servicios. También es responsable de la designación y supervisión del profesional de referencia, garantizando el correcto desempeño de sus funciones. Asimismo, se encarga de coordinar a los distintos proveedores de servicios, optimizando la gestión de los apoyos. Su labor incluye, además, la participación en grupos de trabajo y el fortalecimiento del entorno comunitario, trabajando en conjunto con el profesional de referencia y el coordinador de caso para promover la inclusión social y el bienestar de las personas atendidas.

Por último, cabe destacar la figura del *profesional de referencia* de servicios sociales dentro del proyecto, convirtiéndose esta figura en la persona con mayor contacto y confianza por su cercanía a las personas beneficiarias del proyecto. Si bien es cierto que esta figura del profesional de referencia ya existía en otros ámbitos como en los centros residenciales, se fortalece el papel que desempeña, asumiendo un mayor grado de responsabilidad con las personas usuarias y sus familias. Entre sus funciones principales, se encuentran la elaboración de *historias de vida* y los *planes de apoyos*, asegurando que las intervenciones se ajusten a las necesidades individuales. Además,

se encarga de brindar apoyo y seguimiento al desarrollo del *proyecto de vida* de las personas usuarias, promoviendo su autonomía y bienestar. Actúa como referente en la comunicación con las familias, facilitando la interlocución con otros profesionales para evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Asimismo, participa activamente en grupos de trabajo dentro del proyecto, interviniendo en reuniones, procesos de evaluación y toma de decisiones para mejorar la calidad del servicio prestado.

Como vemos, la figura del profesional del trabajo social es esencial para el diagnóstico de las personas y/o familias, para la planificación y puesta en marcha de los recursos y servicios prestados, así como para hacer efectiva la coordinación entre los sistemas de protección social y sanitaria, siendo por ello una figura vertebradora en el desarrollo de un nuevo modelo de CLD (Elices et al., 2024).

4. Reflexiones finales

El modelo de atención implementado a través del proyecto *Rural Care* ha demostrado ser eficaz en la prestación de cuidados domiciliarios en el medio rural castellanoleonés, lo que ha llevado a su progresiva extensión por las diferentes provincias de la Comunidad con la aspiración de definir, en un futuro cercano, los apoyos prestados como prestaciones esenciales dentro del Catálogo de Servicios Sociales, lo que dotaría a las Administraciones Públicas de mecanismos capaces de dar respuesta al deseo y al derecho de la población a permanecer en su hogar y entorno más próximos.

Desde una perspectiva metodológica, se ha evidenciado que la incorporación de intervenciones específicas para las personas mayores mejora la eficacia del modelo, fomenta la innovación y facilita la adaptación de los servicios sociales a la nueva realidad demográfica. En este contexto, el trabajo social juega un papel central en el diseño, implementación y gestión del modelo de cuidados, asumiendo tanto funciones de intervención directa y acompañamiento a personas y familias, como de intervención indirecta, desarrollando tareas de supervisión, planificación y gestión a través de figuras profesionales circunscritas a las tareas de coordinación y gestión de casos.

Desde una perspectiva comparada, el proyecto *Rural Care* ofrece, al trabajo social internacional, evidencias concretas de que la provisión de cuidados de larga duración en entornos rurales puede articularse sobre la base de los derechos, la personalización y la cohesión comunitaria. Entre los principales aprendizajes, destaca la segmentación de hogares en función del riesgo, lo que ha permitido asignar recursos escasos

siguiendo criterios de justicia distributiva. Esta lógica resulta fácilmente replicable en regiones europeas y latinoamericanas que comparten un proceso de envejecimiento acelerado y disponen de recursos económicos limitados.

El modelo también pone de relieve el potencial de las alianzas público-comunitarias para generar capital social y evitar la fragmentación sociosanitaria, lo cual representa un aprendizaje valioso para aquellos sistemas de bienestar que aún operan con partidas presupuestarias separadas para la salud y los servicios sociales.

No obstante, *Rural Care* también revela dificultades potencialmente transferibles, entre las que cabe destacar la escasez de personal cualificado en zonas rurales y la volatilidad de la financiación cuando los cuidados dependen de proyectos piloto. Superar estos obstáculos requiere el diseño de incentivos laborales atractivos, así como marcos financieros plurianuales que consoliden la innovación y brinden seguridad a las familias, quienes experimentan con angustia el final de los pilotajes ante la incertidumbre sobre la continuidad del apoyo recibido.

Más allá de estas limitaciones, las posibilidades de transferencia son amplias: la segmentación por riesgo puede adaptarse ajustando los indicadores empleados; el *Proyecto de Vida* y el *Plan de Cuidados*, basados en la participación, se inscriben en estándares internacionales de atención centrada en la persona; y las tecnologías de bajo coste utilizadas —como la teleasistencia avanzada y los productos de apoyo— permiten escalas flexibles según la capacidad económica de cada proyecto o región.

Asimismo, el rol desempeñado por los profesionales del trabajo social, quienes han actuado como verdaderos puentes entre el proyecto y la comunidad, constituye una lección exportable sobre liderazgo profesional en contextos rurales.

De cara al futuro, resulta imperativo seguir apostando por la innovación social, la investigación y la evaluación como actuaciones clave para consolidar este modelo de cuidados como un referente. La evaluación de las prácticas y la difusión del conocimiento generado son esenciales para la orientación de las políticas sociales, asegurando que las estrategias de acción sean eficaces, sostenibles y basadas en la evidencia. Dado el envejecimiento progresivo de la sociedad, la implementación de modelos de cuidados adaptados a esta realidad sociodemográfica es una necesidad ineludible, siendo necesario el trabajo conjunto desde diversas disciplinas científicas, entre la que destaca el Trabajo Social, que debe seguir evolucionando para ser capaz

de responder con éxito a los desafíos emergentes y a las nuevas necesidades de la ciudadanía.

Referencias

Comisión Europea. (2023). *The impact of demographic change in a changing environment*. Publications Office of the European Union.

Elices, Á., García, J., Prieto-Lobato, J.M^a., y Rodríguez, C. (2024). Trabajo social con comunidades rurales. Intervención profesional en los cuidados domiciliarios de larga duración para personas mayores. *Gazeta de Antropología*, 40(2), 02. <https://hdl.handle.net/10481/94487>

Elices, Á., García, J., Prieto-Lobato, J.M^a., y Rodríguez, C. (2025). Alcance, potencialidades y limitaciones de la Asistencia Personal en los cuidados domiciliarios de larga duración y al final de la vida: un estudio de caso. *EHQUIDAD: Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, 23(1), 175-214. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2025.0007>

Hermoso, A., y Zuñiga, M. (2022). Servicios sociales, comunidad y cuidados a la dependencia: reflexiones desde Navarra y Euskadi a partir de la experiencia del covid-19. *Zerbitzuan*, 77(1), 23-34. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.77.02>

Holstein, M.B., Parks, J.A., y Waymack, M.H. (2010). *Ethics, aging, and society. The critical turn*. Springer Publishing Company.

Lourido, B. P., y Gelabert, S.V. (2008). La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión. *Fisioterapia*, 30(5), 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2008.09.004>

Martínez-Virto, L., y Hermoso-Humbert, A. (2021). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a26. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.26>

Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund. (2000). *Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para personas mayores*. <https://iris.who.int/handle/10665/66542>

Prieto-Lobato, J. M., De la Rosa-Gimeno, P., Rodríguez-Sumaza, C., Marquina-Márquez, A., & Lucas-García, J. A. (2023). *Social work at the end of life: Humanization of the process*. *Journal of Social Work*, 24(2), 240-258.

<https://doi.org/10.1177/14680173231206713>

Ruggiano, N., & Edvardsson, D. (2013). Person-Centeredness in Home- and Community-Based Long-Term Care: Current Challenges and New Directions. *Social Work in Health Care*, 52(9), 846-861.

<https://doi.org/10.1080/00981389.2013.827145>

Ruiz-Íñiguez, R., Bravo, N., Peña, F., Navarro, N., Seco, A., y Carralero, A. (2017). Intervención enfermera sobre la calidad de vida en personas con cuidados paliativos domiciliarios: revisión sistemática. *Medicina Paliativa*, 24(2), 72-82.

<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.002>

SIIS Centro de Documentación y Estudios. (2020). Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España. *Zerbitzuan*, 72(1), 77-90.

<https://doi.org/10.5569/1134-7147.72.06>

Šiška, J., & Beadle-Brown, J. (2020). *Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report*. European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*. Publications Office of the European Union.

<https://data.europa.eu/doi/10.2767/84573>