



**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS:
EXPERIENCIAS DE PERSONAS USUARIAS,
FAMILIARES, CUIDADORES Y PROFESIONALES, Y
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS SOLUCIONES
BASADAS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

Marina Martínez Payá

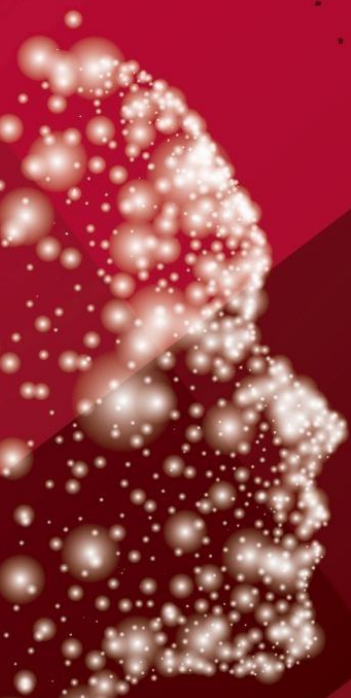
Directora de la tesis

Dra. Dña. Mercedes Guilabert Mora

Codirectora de la tesis

Dra. Dña. Irene Carrillo Murcia

2026





El diseño de la portada, de las páginas de corte y de la contraportada fue realizado por Juan Ángel Ortiz García en mayo de 2025. Todos los derechos reservados.



Programa de Doctorado en Deporte y Salud

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD
ASISTENCIAL Y DE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN CENTROS
SOCIOSANITARIOS: EXPERIENCIAS DE
PERSONAS USUARIAS, FAMILIARES,
CUIDADORES Y PROFESIONALES, Y
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS
SOLUCIONES BASADAS EN
INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

Marina Martínez Payá

Directora de la tesis

Dra. Dña. Mercedes Guilabert Mora

Codirectora de la tesis

Dra. Dña. Irene Carrillo Murcia

Universidad Miguel Hernández de Elche

2026

La presente Tesis Doctoral, titulada “Percepción de la Calidad Asistencial y de la Seguridad del Paciente en centros sociosanitarios: experiencias de personas usuarias, familiares, cuidadores y profesionales, y análisis del impacto de las soluciones basadas en Inteligencia Artificial” se presenta bajo la modalidad de **tesis convencional**. Producto del trabajo investigador llevado a cabo se tiene un artículo publicado (**indicio de calidad que avala la tesis tradicional**):

- **Estudio 1.** Martínez-Payá M, Carrillo I, Guilabert M. Lessons learned from the COVID-19 pandemic in nursing homes: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16919. doi:10.3390/ijerph192416919.



Estudios no publicados:

Además, se incluye dos estudios adicionales que contribuye al cumplimiento de los objetivos de la tesis doctoral:

- **Estudio 2.** Inteligencia Artificial aplicada a Centros Sociosanitarios como mejora en la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente: una Revisión Sistemática. Martínez-Paya, M., Guilabert, M., Carrillo, I. (2024).
- **Estudio 3.** Inequidades en centros sociosanitarios: percepción de Calidad Asistencial de cuidadores y profesionales. Martínez-Paya, M., Guilabert, M., Carrillo, I. (2025).



La Dra. Dña. Mercedes Guilabert Mora, directora, y la Dra. Dña. Irene Carrillo Murcia, codirectora de la tesis doctoral titulada **“Percepción de la Calidad Asistencial y de la Seguridad del Paciente en centros sociosanitarios: experiencias de personas usuarias, familiares, cuidadores y profesionales, y análisis del impacto de las soluciones basadas en Inteligencia Artificial”**.

INFORMAN:

Que Dña. Marina Martínez Payá ha realizado bajo nuestra supervisión el trabajo titulado **“Percepción de la Calidad Asistencial y de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios: experiencias de personas usuarias, familiares, cuidadores y profesionales, y análisis del impacto de las soluciones basadas en Inteligencia Artificial”** conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmamos para los efectos oportunos, en Elche a 18 de diciembre de 2025.

Director de la tesis
Dra. Doña. Mercedes Guilabert Mora

Codirectora de la tesis
Dra. Dña. Irene Carrillo Murcia



El Dr. D. Francisco Javier Moreno Hernández, Coordinador del Programa de Doctorado en Deporte y Salud,

INFORMA:

Que Dña. Marina Martínez Payá ha realizado bajo la supervisión de nuestro Programa de Doctorado el trabajo titulado **“Percepción de la Calidad Asistencial y de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios: experiencias de personas usuarias, familiares, cuidadores y profesionales, y análisis del impacto de las soluciones basadas en Inteligencia Artificial”** conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmo para los efectos oportunos, el día 18 de diciembre de 2025.

Prof. Dr. D. Francisco Javier Moreno Hernández

Coordinador/a del Programa de Doctorado en Deporte y Salud

Índice

Listado de abreviaturas y términos	10
Listado de figuras, tablas e imágenes.....	12
Resumen de síntesis, en castellano y en inglés	14
1. Marco teórico	19
1.1. Los centros sociosanitarios: una perspectiva histórica	19
1.1.1. Transformaciones históricas de la atención sociosanitaria: contexto y evolución	21
1.2. La realidad contemporánea de los centros sociosanitarios: un análisis global	27
1.2.1. La situación actual de los centros sociosanitarios en la Unión Europea.....	27
1.2.2. Las realidades regionales y los datos clave de la atención sociosanitaria en España	36
1.2.3. La Comunidad Valenciana y los centros sociosanitarios: análisis contextual actual en el marco de la presente tesis doctoral	63
1.3. Marco teórico de la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente: visión sociosanitaria	66
1.4. La repercusión de la pandemia del SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios	67
1.4.1. Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 en materia de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente	69
1.5. Aparición e incorporación de la IA como herramienta de mejora continua	72
1.5.1. Herramientas actuales de IA y su impacto en la gestión y la atención sociosanitaria.....	73
1.5.2. Beneficios de la IA en el ámbito sociosanitario	75
1.5.3. Propuestas y áreas de mejora para el futuro	76
1.6. La Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente en los centros sociosanitarios: percepciones desde la visión de las partes interesadas.....	77
1.6.1. Percepción de las personas cuidadoras: contribución a la mejora del cuidado.....	81

1.6.2. Percepción de los profesionales: experiencia en la atención de calidad	84
2. Justificación.....	88
3. Objetivos	93
3.1. Objetivo general	93
3.2. Objetivos específicos	93
3.3. Relación entre los objetivos y los estudios incluidos.....	94
4. Metodología	96
4.1. Estudio 1 – Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2.....	97
4.1.1. Tipo de estudio	97
4.1.2. Participantes	98
4.1.3. Variables e instrumentos	98
4.1.4. Diseño y procedimiento	99
4.1.5. Análisis de resultados.....	100
4.2. Estudio 2 – Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios	101
4.2.1. Tipo de estudio	101
4.2.2. Participantes	102
4.2.3. Variables e instrumentos	103
4.2.4. Diseño y procedimiento	103
4.2.5. Análisis de resultados.....	105
4.3. Estudio 3 – Inequidades en centros sociosanitarios	106
4.3.1. Tipo de estudio	106
4.3.2. Participantes	107
4.3.3. Variables e instrumentos	109
4.3.4. Diseño y procedimiento	110
4.3.5. Análisis de resultados.....	111
5. Resultados	112
5.1. Estudio 1 – Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2... 112	
5.1.1. Selección de estudios.....	112
5.1.2. Descripción de los estudios.....	114
5.1.3. Síntesis narrativa. Lecciones aprendidas en los centros de mayores durante la COVID-19	122

5.2. Estudio 2 – Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios	126
5.2.1. Selección de estudios.....	126
5.2.2. Descripción de los estudios.....	127
5.3. Estudio 3 – Inequidades en los centros sociosanitarios	135
6. Discusión.....	146
6.1. Principales hallazgos del estudio 1 (Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2).....	146
6.2. Principales hallazgos del estudio 2 (Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios).....	149
6.3. Principales hallazgos del estudio 3 (Inequidades en los centros sociosanitarios).....	151
6.4. Futuras líneas de investigación y limitaciones	152
6.4.1. Futuras líneas de investigación	152
6.5.2. Fortalezas y limitaciones	153
7. Conclusiones	157
8. Referencias.....	163
9. Anexos	191
10. Agradecimientos	195

Listado de abreviaturas y términos

CCAA: Comunidades Autónomas

CIL-AI: Clinical Integration and Learning with Artificial Intelligence (marco para la integración del conocimiento clínico en la formación de IA)

COIR: Código de Investigación Responsable

Conferencia de Dartmouth: Encuentro celebrado en 1956 en el Dartmouth College (Hanover, Estados Unidos), considerado el punto de partida oficial del campo de la IA

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

EHR: Electronic Health Record

EPI: Equipo de Protección Individual

Fast&Rational: Asistente web basado en inteligencia artificial para el uso racional de medicamentos

GBM: Gradient Boosting Machine

GDPR: Reglamento General de Protección de Datos (General Data Protection Regulation)

Grace: Robot autónomo utilizado para tareas de apoyo y asistencia en salud

IA: Inteligencia Artificial

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

IoT: Internet of Things (Internet de las Cosas)

LEM2: Learning from Examples Module, versión 2

LTC: Long-term Care

Marco de Monitoreo de la Desigualdad Multidimensional de la Unión

Europea: Instrumento desarrollado por la Unión Europea para analizar y hacer seguimiento de las desigualdades sociales desde una perspectiva multidimensional

MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

IDEF0: Integration Definition for Function Modeling

ML: Machine Learning

Modelo de Donabedian: Marco teórico para la evaluación de la calidad asistencial, propuesto por Avedis Donabedian

OMS: Organización Mundial de la Salud

OTA: Office of Technology Assessment

PHVA: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

PICO: Paciente/Problema – Intervención – Comparación – Outcome (Resultado); estrategia estructurada para formular preguntas clínicas específicas en investigación basada en la evidencia

PIO: Población – Intervención – Outcome (Resultado)

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews

Prueba PCR: Prueba de Polymerase Chain Reaction (Reacción en Cadena de la Polimerasa)

PU: Pressure Ulcers (Úlceras por Presión)

Quality Assessment Tool: Instrumento utilizado para evaluar la calidad metodológica de estudios incluidos en revisiones sistemáticas

RCT: Randomized Controlled Trial

RM: Random Forest; algoritmo de aprendizaje automático basado en la construcción de múltiples árboles de decisión para mejorar la precisión en tareas de clasificación y regresión

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SCITOS autonomous robot: Robot autónomo SCITOS; utilizado en tareas asistenciales

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

XGBoost: Extreme Gradient Boosting; algoritmo de potenciación de gradiente extremo)

Listado de figuras, tablas e imágenes

Listado de figuras

Figura 1. Resumen de objetivos, método y estudios incluidos. Fuente: Elaboración propia (2025).

Figura 2. Resumen del método de los estudios incluidos en la tesis. Fuente: Elaboración propia (2025).

Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluyeron búsquedas exclusivamente en bases de datos y registros. Fuente: Elaboración propia (2022).

Figura 4. Buenas prácticas según la metodología IDEF. Fuente: Elaboración propia (2022).

Figura 5. Tabla de resultados por situación de brote y mantenidas en el tiempo. Fuente: Elaboración propia (2022).

Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluyeron búsquedas exclusivamente en bases de datos y registros. Fuente: elaboración propia (2022). Fuente: Elaboración propia (2024).

Listado de tablas

Tabla 1. Nº de centros sociosanitarios en España. Fuente: Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España (edición 2022)” del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (IMSERSO).

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos – SARS-CoV-2. Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos – IA. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 4. Descripción de los participantes. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 5: Guion de preguntas – grupo nominal. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 6: Guion de preguntas – conferencia de consenso. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 7: Tabla resumen descriptivo lecciones aprendidas SARS-CoV-2 – centros sociosanitarios. Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 8: Tabla resumen descriptivo estudios IA – centros sociosanitarios. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 9: Clasificación de dispositivos de IA. Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 10: Resultados clave del estudio de inequidades. Fuente: Elaboración propia (2024).

Listado de imágenes

Imagen 1: Resultado grupo nominal fase de preingreso – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

Imagen 2: Resultado grupo nominal fase de ingreso – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

Imagen 3: Resultado grupo nominal fase de baja voluntaria/exitus – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

Imagen 4: Resultado grupo nominal durante las salidas del usuario del centro – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

Resumen de síntesis, en castellano y en inglés

Resumen

La atención sociosanitaria, entendida como la integración de servicios sanitarios y sociales para personas con enfermedades crónicas, dependencia o necesidades complejas, constituye hoy uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar. La presente tesis doctoral aborda la percepción que los profesionales de los centros sociosanitarios tienen sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente, incorporando además el análisis del potencial transformador de la Inteligencia Artificial (IA) como herramienta de mejora continua para esta tipología de recurso asistencial. La investigación surge en un contexto de cambios acelerados derivados de la pandemia por la COVID-19, que tensionó los sistemas de atención a largo plazo y visibilizó tanto sus fortalezas como sus debilidades.

La tesis se estructura en tres estudios complementarios. El primero, una revisión sistemática de la literatura, la cual analiza las lecciones aprendidas en centros sociosanitarios para adultos mayores durante la crisis sanitaria. Los resultados reflejaron que, aunque se implementaron medidas eficaces como el aislamiento de casos, el refuerzo del personal o la reorganización de espacios, también emergieron carencias graves en la coordinación, la planificación y la gestión del riesgo. El segundo estudio revisa de forma sistemática la literatura científica sobre la aplicación de IA en el ámbito sociosanitario. Se identificaron usos prometedores en la predicción de deterioro funcional, la gestión de medicamentos, la detección precoz de eventos adversos y el apoyo a la toma de decisiones clínicas, aunque también se señalaron desafíos importantes en materia de ética, interoperabilidad y capacitación del personal. Finalmente, el tercer estudio, de naturaleza cualitativa, exploró mediante las técnicas de grupo nominal y de conferencias de consenso la percepción de profesionales y

cuidadores sobre las inequidades existentes en los centros de adultos mayores. Los participantes identificaron desigualdades asociadas al tipo de centro, al territorio, a la situación socioeconómica de los usuarios y a las condiciones laborales del personal.

De forma transversal, los tres estudios revelan una coincidencia en cuanto al reconocimiento de la necesidad de promover una cultura institucional centrada en la calidad asistencial y seguridad del paciente. Los profesionales valoran positivamente la inclusión de tecnologías inteligentes, siempre que se asegure una implementación adaptada, participativa y respetuosa con los valores del cuidado centrado en la persona. Asimismo, se destaca que las políticas públicas deben reforzar la equidad territorial, mejorar la financiación estructural y fomentar la formación continua de los equipos profesionales como vía para garantizar una atención sociosanitaria de calidad.

En conclusión, esta tesis aporta evidencia científica y práctica para avanzar hacia un modelo sociosanitario más seguro, equitativo y tecnológicamente adaptado. Propone una sinergia entre la experiencia humana y la innovación digital como estrategia para transformar la atención en los centros sociosanitarios, especialmente en escenarios de alta complejidad como los vividos durante la pandemia. La integración efectiva de la IA debe estar acompañada de marcos éticos claros, participación profesional en el diseño de soluciones, y un compromiso institucional firme con la mejora continua de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente.

Abstract

Socio-health care, understood as the integration of health and social services for individuals with chronic illnesses, dependency, or complex needs, is currently one of the fundamental pillars of the welfare state. This doctoral thesis examines the perceptions of professionals working in socio-health centers regarding care quality and patient safety, while also incorporating an analysis of the transformative potential of Artificial Intelligence (AI) as a tool for continuous

improvement within this type of care setting. The research arises in the context of rapid changes triggered by the COVID-19 pandemic, which placed significant strain on long-term care systems and brought both their strengths and weaknesses to light.

The thesis is structured around three complementary studies. The first is a systematic review of the literature, analyzing lessons learned in socio-health centers for older adults during the health crisis. The results revealed that, although effective measures such as case isolation, staff reinforcement, and space reorganization were implemented, significant shortcomings in coordination, planning, and risk management also emerged. The second study systematically reviews the scientific literature on the application of AI in the socio-health field. Promising uses were identified in the prediction of functional decline, medication management, early detection of adverse events, and support for clinical decision-making, though important challenges related to ethics, interoperability, and staff training were also highlighted. Finally, the third study, of a qualitative nature, explored, through nominal group techniques and consensus conferences, the perceptions of professionals and caregivers regarding existing inequities in centers for older adults. Participants identified disparities associated with the type of center, geographic location, users' socioeconomic status, and staff working conditions.

Across all three studies, there is a consensus on the need to promote an institutional culture focused on care quality and patient safety. Professionals expressed a positive attitude toward the inclusion of intelligent technologies, provided that their implementation is adapted, participatory, and respectful of the values inherent in person-centered care. Additionally, it is emphasized that public policies should reinforce territorial equity, improve structural funding, and promote the ongoing training of professional teams as a means of ensuring high-quality socio-health care.

In conclusion, this thesis provides scientific and practical evidence to advance towards a safer, more equitable, and technologically adapted socio-health care model. It proposes synergy between human expertise and digital innovation as a

strategy to transform care in socio-health centers, particularly in highly complex scenarios such as those experienced during the pandemic. The effective integration of AI must be accompanied by clear ethical frameworks, professional involvement in the design of solutions, and a strong institutional commitment to the continuous improvement of care quality and patient safety.





1



MARCO TEÓRICO

1. Marco teórico

1.1. Los centros sociosanitarios: una perspectiva histórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la atención sanitaria como el conjunto de servicios que promueven y protegen la salud de las personas, incluyendo intervenciones preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación. La misma, especifica que la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin enfrentar dificultades económicas [1]. A la presente definición, se vincula que esta se mide por su capacidad para aumentar la probabilidad de resultados de salud deseados, basándose en la evidencia científica. Para lograr una atención de calidad, los servicios de salud deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas, además de ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes [2].

A la par, la atención social se refiere al conjunto de servicios y apoyos destinados a mejorar el bienestar social de las personas, abordando aspectos como la asistencia en situaciones de vulnerabilidad, la promoción de la inclusión social y la mejora de la calidad de vida. Este enfoque reconoce que la salud y el bienestar de un individuo dependen de varios factores interrelacionados, no solo físicos, sino también emocionales, cognitivos y sociales [3]. En relación a ello, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, cognitivo y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [4]. Este concepto subraya la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, que incluyen factores económicos, sociales y ambientales, los cuales están vinculados al bienestar de las personas.

De la unión de ambos tipos de atención (sanitaria y social), nace la atención sociosanitaria. Esta se define como el conjunto de cuidados destinados a

personas, generalmente con enfermedades crónicas, que requieren simultáneamente servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, aliviar y minimizar sus limitaciones y facilitar su reinserción social [5]. Este enfoque integrado busca proporcionar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de las personas, no solo para tratar condiciones agudas, sino también para ofrecer cuidados continuos y de rehabilitación.

La atención sociosanitaria se lleva a cabo en los niveles de atención que cada país o región determine, y generalmente comprende:

- Cuidados sanitarios de larga duración: Atención médica y de enfermería para personas con enfermedades crónicas que requieren supervisión y tratamiento continuo.
- Atención sanitaria de convalecencia: Servicios destinados a personas que se están recuperando de una enfermedad o intervención quirúrgica y necesitan apoyo temporal antes de regresar a su vida cotidiana.
- Rehabilitación: Programas diseñados para personas con déficits funcionales recuperables, con el objetivo de mejorar sus capacidades físicas, cognitivas, sensoriales y sociales.

La coordinación efectiva entre los servicios sanitarios y sociales es esencial para garantizar la continuidad de la atención y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas [5].

Pero la atención sociosanitaria que conocemos en la actualidad, es el fruto de una transformación histórica, la cual ha evolucionado desde su aparición en el siglo XIX hasta nuestros días. A continuación, y con el fin de narrarla, se ha segmentado ésta en cuatro partes, los cuales compren hitos históricos de la atención sociosanitaria: A. Siglo XIX y XX, B. Después de la Segunda Guerra Mundial, C. La década de los 70 y D. La década de los 80 y en adelante.

La elección de la presente subdivisión histórica permite analizar con claridad cómo los sistemas de atención sociosanitaria han respondido a los retos y necesidades de cada época, proporcionando un marco para comprender su evolución y proponer mejoras en el contexto actual.

1.1.1. Transformaciones históricas de la atención sociosanitaria: contexto y evolución

La historia de las políticas de dependencia siempre estuvo vinculada al contexto evolutivo de las políticas sociales. Dicho contexto guardó siempre un equilibrio entre las demandas de los colectivos marginados y la disposición de los Estados a intervenir a su favor, según se reconociera que la coyuntura económica es favorable para ello o no [6]. La atención sociosanitaria se encontró ligada en gran medida a la tradición protectora de cada país [7]. Por ejemplo, aquellos países con una tradición universalista (“tipo beveridge”) suelen tener la atención sociosanitaria más arraigada, más “naturalizada” que en comparación a los modelos de tipo Bismarkiano o de Seguridad Social. En efecto, esto nos hace remontar al contexto histórico de la política social en Europa. La orientación de la política social no ha sido uniforme para todos los países y así lo ha sido la atención sociosanitaria en donde los países disfrutaban de diferentes grados de atención y de provisión de servicios [8].

Para entender la evolución histórica de la atención sociosanitaria se debe entender el enfoque de Esping-Andersen que utiliza para tal fin [9]. El autor presenta una diferenciación entre estado de bienestar y régimen de bienestar. Éste último identifica aquellos modelos o tipos ideales que configuran, de un cierto modo, las políticas sociales en torno al Estado, el mercado o la familia. Por un lado, está la tradición anglosajona que entiende la política social, principalmente, como aquella dirigida hacia los más necesitados. En cambio, por el otro lado, la tradición europea comprende a la política social de manera más amplia, destacando no solo los mecanismos de focalización hacia la pobreza sino aquéllos que conciernen al gasto público o social, políticas hacia el mercado de trabajo, es decir, al conjunto de instrumentos de intervención estatal [8].

Esping-Andersen clasifica a los regímenes de bienestar en 3 modelos [9]. El modelo liberal, el socialdemócrata y el conservador-corporativo. Éstos difieren en cuanto al nivel de protección otorgada a la población por parte de las distintas

instituciones existentes. Y es a partir de esta tipología de regímenes de bienestar como cada país ha construido su propio estado de bienestar [8].

1.1.1.1. Los Siglos XIX y XX: el surgimiento de los principios de la atención sociosanitaria

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la ideología liberal marcó el rumbo de la política social. Se propició un Estado no interventor, en el cual su rol debió restringirse a garantizar y favorecer la libre iniciativa y el mercado libre. La orientación de la política social era residual, el Estado no protegía al conjunto de la ciudadanía frente a los avatares del mercado. Son los países anglosajones como USA, Inglaterra, Australia y Canadá los que se ubicaron dentro de este marco conceptual o modelo liberal [9].

En palabras de Esping-Andersen, los Regímenes de Bienestar Liberales reflejaron un compromiso político tendientes a minimizar el Estado, individualizar los riesgos y promover soluciones de mercado, impactando negativamente sobre la totalidad de los derechos ciudadanos. En estos regímenes, el mercado actuaba como sostén institucional ante la ausencia de un papel activo del Estado en la economía. La atención de los programas sociales fue de carácter focalizado, accediendo a los beneficios de la asistencia social los sectores más privados de recursos. Es así como el individuo por sí solo se encargaba de enfrentar los cambios derivados del funcionamiento del mercado, dejando al Estado enfrentar los riesgos sociales que padecía la población más desprotegida. En este sentido la política social liberal era asistencial [9].

En los Regímenes Socialdemócratas, el Estado proveía de manera universal los servicios de salud, educación, seguros de desempleo y seguridad social, entre otros. La orientación de la política social era protectora de las leyes del mercado. Los regímenes socialdemócratas se comprometieron a atender las necesidades de los individuos de forma plena, preponderando el papel del Estado frente a la cobertura de las contingencias que perjudicaban el bienestar de la población

(incapacidad laboral, enfermedades, accidentes, etc.). Contrario a los modelos liberales, los regímenes socialdemócratas intentaban suprimir la dependencia del mercado en la economía, sociabilizando los riesgos y creando un marco regulatorio adecuado que permitía proteger a la población frente al predominio del mercado. Los seguidores de este enfoque fueron los países escandinavos cuyo propósito era promover la igualdad de todos los ciudadanos en la recepción de subsidios de vejez o la cobertura de enfermedad, suministro de prestaciones y el cuidado de los niños, los adultos mayores y las personas necesitadas [9].

Por último, aquellos modelos intermedios se clasificaban como Modelos Corporativos – Conservadores, destacando dos puntos esenciales que eran, la segmentación, de acuerdo a la posición ocupada en el mercado de trabajo y el nivel de familiaridad. Dentro de este enfoque se encontraban algunos países de Europa continental como Italia y Alemania. Las reglas de acceso a la salud, educación, etc., tenían llegada universal al estilo socialdemócrata pero la protección social se daba en base a las relaciones laborales que se establecían en torno a la figura del padre-proveedor o jefe de familia. En este modelo la responsabilidad del bienestar de los individuos no recaía en el mercado (rol marginal), tampoco en el Estado (rol subsidiario) sino que se apoyaba fundamentalmente en la familia (rol central). Los modelos corporativos – conservadores al igual que los modelos liberales resaltaban el enfoque de la asistencia social sobre los derechos [9].

1.1.1.2. La Posguerra: reconfiguración de la atención sociosanitaria tras la Segunda Guerra Mundial

La consolidación de los modelos protectores a mediados de la década de los 40 ocurrió después de un largo proceso de estancamiento originado en la crisis de los años 30. El surgimiento de determinados riesgos económicos como la caída de la demanda laboral, amplio desempleo, pérdida de competitividad, crecimiento lento de los países europeos con respecto a Estados Unidos, y riesgos sociales tales como cambios en la estructura laboral familiar (aumento

de la participación femenina) ante la mayor inseguridad en el mundo del trabajo, solicitó un modelo de bienestar diferente que tomara en cuenta las nuevas necesidades y demandas de la población [10].

El modelo de intervención estatal que prevaleció en Europa Occidental después de la Segunda Guerra Mundial, se centró principalmente en el rol de las instituciones que protegían al trabajador frente a las contingencias. La política laboral propició la permanencia en el empleo, el pleno empleo y legitimaba la negociación colectiva en la determinación del salario. Las modalidades que adoptó la política social en esta etapa histórica eran heterogéneas, dependiendo del grado de universalidad de los servicios sociales, de las transferencias, de las protecciones sociales y del carácter privado – público de las instituciones. En cada país, se produjeron diversas combinaciones de los instrumentos de intervención social, que impactaron principalmente en el acceso a los bienes y servicios colectivos como así también en la seguridad social [10, 11].

La consolidación de los modelos protectores de Europa Continental, después de la Segunda Guerra Mundial, significó la extensión de un sistema de seguro social existente en relación con el mantenimiento del ingreso y el cuidado de la salud. Permitted la inclusión de aquella población no cubierta anteriormente y construyeron programas de ingreso mínimo para aquellos grupos que no pudieron adherirse al sistema de seguro social. Es así como un elemento de universalismo (diferente entre los países) acompañó el modelo dominante de seguros [9].

1.1.1.3. La década de 1970: innovación y expansión de los sistemas sociosanitarios

A mediados de la década del 70, se comenzó a percibir un debilitamiento del modelo de acumulación vigente hasta ese entonces en Europa Occidental. En un mundo donde los cambios tecnológicos y la apertura al comercio internacional se impusieron, ese sistema de producción en masa requirió de adecuados

cambios para seguir funcionando y enfrentar naturalmente la competencia externa. El paradigma industrial construido sobre la base de tecnologías innovadoras, enfatizó las competencias individuales profundizándose las desigualdades salariales y eliminando así la relativa homogeneidad imperante en el aforismo [12].

La configuración del Estado de bienestar de posguerra promovió mayor seguridad en el empleo y en los ingresos y concentró sus esfuerzos en alcanzar el pleno empleo. Pero la transición hacia una sociedad avanzada transformó la orientación de la intervención estatal. Por ejemplo, la crisis del modelo protector británico estuvo relacionada con el fracaso para sostener el compromiso de pleno empleo, como así también vinculada con la imposibilidad de garantizar un adecuado nivel de las transferencias como suplemento de los bajos ingresos y los beneficios ya establecidos. En la etapa de consolidación de las políticas sociales, Inglaterra se asemejó a la tradición socialdemócrata en cuanto a la creación de programas de base universal, la conformación de un sistema nacional del cuidado de la salud y el objetivo de pleno empleo [9].

1.1.1.4. De la década de 1980 a la actualidad: consolidación y retos de los centros sociosanitarios

En cambio, durante los años 80, la política social británica se fue asentando gradualmente sobre la ideología neoliberal a través de la privatización y la desregulación de los espacios sociales públicos y la preferencia hacia la focalización. Los beneficios por maternidad y enfermedad fueron transferidos al ámbito privado, los subsidios a las viviendas municipales fueron eliminados, las pensiones estatales fueron privatizadas y las pensiones privadas y los seguros de salud fueron atendidos a través de exenciones impositivas [9].

Durante la crisis del Estado benefactor francés, los distintos regímenes sociales experimentaron cambios, que se relacionaron con el heterogéneo compromiso asumido por estas instituciones. Pero además de ello, la declinación de la

participación de las contribuciones patronales con respecto al gasto público social y la instauración de un impuesto especial sobre la contribución social personal generaron un impacto en la estructura de financiación. El sistema de pensiones para los adultos que se construyó durante la posguerra, sobre la base de un principio de solidaridad intergeneracional, en donde la población activa cedió parte de su ingreso para atender a la población adulta mayor. Pero a mediados de los años 80 este sistema presentó síntomas de debilitamiento ante la disminución de la participación de los salarios sobre el ingreso total y los cambios demográficos latentes.

Se han formulado entonces diversas alternativas como la instauración de fondos de pensiones a través de un sistema de capitalización de ahorros. Los beneficios hacia las familias tuvieron como eje el apoyo hacia los niños y los seguros de desempleo se dirigieron hacia situaciones de desempleo friccional y no de largo plazo. Por último, la legislación laboral contempló la creación de un ingreso mínimo de inserción para aquellos que no pudieran ingresar al mercado de trabajo [10].

El retroceso de la seguridad social en los países del sur de Europa debió encontrarse en factores estructurales, sociales y políticos. Entre los primeros se hallaron el nivel de desarrollo económico, las estructuras familiares, las características del mercado de trabajo y la migración. Los segundos se relacionaron con la conformación de grupos de interés que protegieron los beneficios de sus miembros. Como explicó Gough (2000) [13], los cambios que se produjeron tanto económicos, sociales y demográficos fueron transformando los modernos estados de bienestar. Estos acontecimientos se relacionaron con el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de dependencia, el crecimiento del desempleo y la incorporación de nuevas formas de trabajo, cambios en el rol de la mujer y la aparición de familias no tradicionales, presiones para reducir el gasto público y la adaptación de la política social a los requerimientos de la competencia económica [13].

La evolución histórica de la atención sociosanitaria reflejó cómo los cambios sociales, políticos y económicos influyeron en la configuración de los sistemas

de protección social y sanitaria en diferentes momentos y contextos históricos. La subdivisión en estas cuatro etapas clave permite analizar esta evolución de manera segmentada, las cuales destacan las transformaciones contextuales y estructurales que han moldeado estos sistemas. Estas transformaciones reflejan la constante adaptación de los sistemas a las necesidades cambiantes de la sociedad.

1.2. La realidad contemporánea de los centros sociosanitarios: un análisis global

En el ámbito internacional, actualmente coexisten diversos modelos de atención sociosanitaria que presentan diferencias sustanciales en relación con los servicios de asistencia y apoyo que ofrecen, las características de la población a la que van dirigidos, el contexto particular en el que operan y el marco normativo vigente [8].

A pesar de la heterogeneidad en cuanto a las estructuras organizativas y las intervenciones implementadas, es posible identificar una serie de elementos comunes y definitorios de la atención sociosanitaria. Entre estos, se destacan: (A) la integración de una atención mixta, que abarca tanto los servicios sociales como los de salud; (B) la garantía de continuidad asistencial, con el objetivo de asegurar un flujo ininterrumpido de cuidados para la población beneficiaria; (C) el enfoque interdisciplinario y colaborativo en la provisión de los servicios; y (D) la centralidad de la persona en la atención, orientada a mejorar su bienestar y autonomía personal, priorizando su permanencia en su entorno social habitual [14].

1.2.1. La situación actual de los centros sociosanitarios en la Unión Europea

Los modelos de atención sociosanitaria en Europa presentan variaciones en función de las características estructurales de los sistemas de salud y bienestar de cada país. No obstante, comparten objetivos fundamentales, entre los que destacan la integración de los servicios sociales y sanitarios, la garantía de continuidad asistencial y la focalización en las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad, tales como las personas mayores, aquellas con discapacidad y los pacientes con enfermedades crónicas.

De acuerdo con Andrea Viola (2022) [8], cada país europeo ha desarrollado un modelo propio de gestión sociosanitaria. Aún así, en términos generales, es posible identificar cuatro modelos predominantes en Europa, los cuales se describen a continuación.

1.2.1.1. El modelo anglosajón: eficiencia y orientación al mercado

El modelo de atención sociosanitaria en Inglaterra se caracteriza por su naturaleza dual, dado que la protección sanitaria se fundamenta en el modelo "Beveridge" de cobertura universal, mientras que la asistencia a la dependencia y los cuidados de larga duración se estructuran bajo un enfoque predominantemente asistencial [15].

En este sistema, la protección frente a la dependencia está condicionada a una evaluación de recursos económicos, funcionando bajo un esquema de "red de seguridad" que prioriza el acceso a la asistencia para aquellas personas con necesidades severas y que carecen de los medios económicos para sufragar los costes de su cuidado. En términos generales, el modelo inglés traslada la responsabilidad principal de los componentes no estrictamente médicos a los individuos y sus familias. No obstante, las personas cuyos ingresos se sitúan por debajo del umbral establecido en la prueba de medios reciben apoyo financiero a través de fondos públicos de asistencia social. Asimismo, el sistema contempla la provisión de servicios para aquellas personas que viven solas y no cuentan con ningún tipo de cuidado informal [8].

i. Población beneficiaria y tipo de prestación.

Las prestaciones bajo el modelo inglés se corresponden tanto con prestaciones monetarias para las personas dependientes y personas con discapacidad como a ayudas a los cuidadores informales familiares. En efecto, los beneficios monetarios como el subsidio de asistencia y el subsidio de vida por discapacidad desempeñan un papel fundamental dado que cubren más del 27% de la población de 65 años o más en Inglaterra [16]. Toda la cartera de servicios que otorga el sistema de protección inglés se realiza bajo una estricta comprobación de medios o de recursos y suele ser focalizada hacia las personas con mayores necesidades.

ii. Proveedor de los servicios/sistema de gestión.

La provisión de los servicios formales es responsabilidad tanto del gobierno local como el nacional. Los gobiernos locales brindan atención financiada con fondos públicos, como ya mencionamos, a quienes superen una evaluación de necesidades y prueba de medios. En general, la mayoría de los servicios son prestados por proveedores privados, siendo un 86% organizaciones con fines de lucro y un 14% entidades sin fines de lucro. Los proveedores de atención residencial tienen la opción de aceptar residentes financiados con fondos públicos o no [8].

iii. Financiación.

El nivel de financiación varía entre las distintas áreas. El gobierno central decide cuánto reciben las autoridades locales para la atención sociosanitaria y en qué deberán destinar esos fondos. Para aquellas personas no elegibles por los fondos públicos (a través de la prueba de recursos), los servicios son financiados de manera privada (familia, amigos, etc.). De esta manera, el usuario puede pagar casi la totalidad del coste de atención sujeto a su comprobación de recursos. En el ámbito de la atención residencial, un poco más del 40% de los que requieren servicios de cuidados en este sector son autofinanciados. Alrededor de un 37% están totalmente financiados por autoridades locales y un 11% parcialmente financiados. Por último, un 10% de la población en el sector

de atención residencial tienen necesidades de salud complejas y es financiado por el Servicio Nacional de Salud británico [8].

1.2.1.2. El modelo nórdico: universalidad y bienestar integral

Para los países que conforman este modelo (Dinamarca, Suecia, Finlandia y también se considera a los Países Bajos), la protección otorgada a la atención sociosanitaria adquiere el carácter de derecho universal al igual que los servicios de salud. Es decir, son sistemas de cobertura universal (sin comprobación previa de recursos como el caso del Reino Unido) descentralizados donde los servicios sociales son provistos principalmente por los municipios [15].

i. Población beneficiaria y tipo de prestación.

En el modelo nórdico la población a atender se centra tanto en todos aquellos mayores que necesitan cuidado sin distinción de grado de severidad como en la población con discapacidad. Además, el tipo de prestaciones preponderante es a través de la financiación de servicios de cuidado. Por ejemplo, en Dinamarca, la atención hacia los adultos mayores se realiza a través de la financiación en centros residenciales o cuidado institucional en general, viviendas especiales con la ayuda de enfermería y servicios a domicilio. Asimismo, en Suecia también se contempla el derecho de libre elección del tipo de cuidado a través de una variada oferta como asistencia a domicilio de todo tipo (asistencia médica en domicilio, teleasistencia, etc.), centros de día o bien centros residenciales [17]. En Suecia, los beneficios financiados con fondos públicos cubren instituciones, atención domiciliaria, centros de día, provisión de dispositivos de asistencia y apoyo a los cuidadores informales. En Finlandia, además de incluir en su cartera los tradicionales servicios que ofrece el resto de países nórdicos, ciertos municipios proporcionan “vouchers” financiados con fondos públicos para los servicios de cuidado ya sea para pagar los servicios prestados por cuidadores formales (no se puede utilizar para pagar a los cuidadores

informales) en instituciones del sector privado o sin fines de lucro avalados por los municipios [8].

ii. Proveedor de los servicios/sistema de gestión.

En los últimos años, los modelos nórdicos han permitido cambios para que coexistan tanto la provisión pública como privada, dando lugar a formas mixtas de socialización, familiarización e individualización del riesgo de dependencia para dar respuesta a los nuevos desafíos de los estados de bienestar. En Dinamarca, desde el año 2003 se estableció la libre elección del consumidor de los servicios y las autoridades locales han permitido que los proveedores privados ingresen en el mercado, cumpliendo los estándares de calidad establecidos por los mismos municipios. Por otra parte, en Suecia, la provisión de los servicios se realiza a través de una combinación de proveedores públicos y privados. Desde 2009, Suecia ha fomentado la prestación de servicios privados y la competencia en proveedores con el fin de estimular la rentabilidad y la calidad [8].

iii. Financiación.

En general, en los distintos países nórdicos la financiación de los servicios sociales y de salud se realiza mayoritariamente a través de los impuestos generales. En cambio, en los Países Bajos la gran mayoría proviene de las cotizaciones a la seguridad social [8]. En general, en los Países Bajos, Dinamarca y Suecia al menos el 90% del coste es cubierto por el sector público para todos los niveles de necesidad, siendo baja la participación del usuario en la financiación del coste del servicio. En este sentido, los sistemas de copago en Suecia y Países Bajos están relacionados con los ingresos hasta umbrales definidos por una cierta cantidad “reservada” [16].

1.2.1.3. El modelo continental: seguridad social y solidaridad intergeneracional

En este modelo se incluyen aquellos países que forman parte de los regímenes corporativos-conservadores como, por ejemplo, Austria, Alemania y Francia. Estos países han puesto en marcha sistemas de cobertura universal en los años 90 en una primera etapa garantizando unas prestaciones básicas y posteriormente en una segunda etapa dando apertura a formas de mercantilización de libre elección [15]. De esta manera, al igual que en el modelo nórdico no se requiere de ninguna comprobación de medios para poder acceder a los beneficios (o solamente se requiere para determinadas ayudas sociales).

i. Población beneficiaria y tipo de prestación.

En Alemania, el paquete de atención se enfoca generalmente en el cuidado personal. Los usuarios y sus familias suelen negociar con los proveedores de servicios sobre el tipo de paquete y las condiciones en las que se otorgan. Una vez acordado el paquete de cuidados, los usuarios y sus familias firman un contrato con el proveedor de atención que confirma los arreglos establecidos. También el beneficiario puede optar por prestaciones en efectivo, aunque en este caso el pago del seguro es inferior al otorgado por el cuidado formal “en especie” [8]. En este sentido, una mayoría de usuarios optan por combinar un pago parcial en efectivo con algunos servicios formales en especie. En Francia, el seguro público de salud cubre los servicios de salud a los pacientes que requieren cuidados de larga duración debido a una condición médica crónica o aguda. Estos incluyen servicios de salud prestados en instituciones y cuidados de enfermería a domicilio [18]. Asimismo, como complemento a este apoyo se encuentra la prestación para la autonomía que otorga beneficios económicos adicionales hacia los mayores de 60 años que no pueden llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

ii. Proveedor de los servicios/sistema de gestión.

En Alemania, los servicios de cuidado formal son prestados casi en su totalidad por proveedores privados (97%) con y sin fines de lucro que han sido contratados con fondos del seguro de la dependencia. Además, los proveedores de cuidados en establecimientos semi-residenciales son en

su gran mayoría también privados y las organizaciones sin fines de lucro representan más de la mitad de dichos establecimientos. En el caso de las prestaciones en especie, solo son proporcionadas por aquellas organizaciones que están autorizadas y contratadas por el seguro de la dependencia [8]. En Francia, la provisión también es predominantemente privada y el mercado del seguro privado de dependencia se encuentra muy desarrollado, siendo el segundo mercado en tamaño después de Estados Unidos. En este sentido, la participación de los seguros privados de dependencia representa el 45% del mercado en Francia [17].

iii. Financiación.

Estos modelos se rigen, basados en los sistemas tradicionales de Seguridad Social bismarkianos, en un esquema de seguro social obligatorio para financiar su atención sociosanitaria. En el caso de Alemania la financiación del sistema se realiza a través de un sistema de seguro de dependencia. En Francia, la atención a la población dependiente ya sea en instituciones o en el hogar se brinda principalmente a través del seguro público de salud y a través de una prestación para la autonomía [18]. En estos sistemas, la participación del usuario es relativamente importante en el coste total de la atención. En Alemania, los beneficios para la población dependiente tienen un límite determinado y el subsidio se completa con ayudas sociales a nivel local sujeta a comprobación de medios. En Francia, el coste compartido por el usuario puede ser muy variable y va desde el 0 al 80% del coste total.

1.2.1.4. El modelo mediterráneo: familia y comunidad como ejes del cuidado

En España, el Sistema de Atención a la Dependencia conocido como SAAD entró en funcionamiento en el año 2007 a partir de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia [19]. A diferencia del período anterior a la reforma, donde la atención estaba condicionada a los recursos, la introducción del SAAD universalizó el acceso a

la atención, independientemente de la edad u otras características demográficas. De esta manera, la Ley de Dependencia se planteó como una vía para racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente y otorgar un marco financiero más estable [8].

En Italia, los servicios de salud se garantizan con carácter gratuito en base a mecanismos de solidaridad mientras que la atención de las personas mayores se ha enfocada hacia dos niveles de asistencia: servicios sanitarios de distritos locales que garantizan en domicilio para las personas con movilidad reducida y la asistencia de mayores no autosuficientes en establecimientos especializados [17]. Italia es considerada como un sistema con un alto grado de descentralización y fragmentación institucional de la dependencia [8].

i. Población beneficiaria y tipo de prestación.

Las prestaciones económicas predominan en este modelo. En efecto, en España el conjunto de prestaciones económicas representa entre un 40-50% del total de prestaciones (económicas y de servicios). Además, el sistema español ofrece un conjunto de prestaciones de servicios destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, apoyos de atención domiciliaria, centros de día y centros de mayores está condicionado a la puntuación obtenida en una escala de valoración que considera la edad, el estado de discapacidad, los recursos económicos y la situación familiar. En Italia los servicios formales de atención domiciliaria son relativamente subdesarrollados. En este contexto, el núcleo del apoyo a las personas con necesidades de atención social se cubre a través de asignaciones en efectivo. El principal subsidio en efectivo para personas discapacitadas se llama “subsidio de acompañamiento” y por otra parte el “subsidio de cuidados” es otra ayuda que se instauró posteriormente a favor de quienes cuidan a una persona discapacitada que no es autosuficiente en el hogar. La diferencia entre estos dos subsidios radica que el primero es solicitado, reconocido y

pagado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social mientras que el segundo es administrado por el municipio [8].

ii. Proveedor de los servicios/sistema de gestión.

Las familias en Italia y España constituyen el pilar central del sistema de apoyo para las personas mayores con necesidades de atención social. En Italia, los servicios de atención a la dependencia son provistos tanto por el sector público como el privado acreditado para brindar servicios de salud y asistencia social personal, siendo las regiones las responsables del control de calidad de los proveedores privados acreditados [8]. En el caso español, también existe una tendencia a la externalización de la provisión del servicio a través de distintas formas de colaboraciones público-privadas como contrataciones públicas y sistema de conciertos. En este sentido, se establece en el artículo 14 de la Ley de Dependencia que las prestaciones de servicios se proveerán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados [8].

iii. Financiación.

En este modelo priman varias fuentes de financiación para hacer frente a la atención de los mayores, entre una combinación de financiación pública, copagos y cotizaciones. En España, el sistema está financiado con impuestos y regionalmente descentralizado. Está fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA (Comunidades Autónomas) y, finalmente, copagos de los usuarios. En Italia, existe la presencia simultánea de 4 fuentes de financiación operando de manera independiente: a. el Ministerio de Salud en lo referido al componente de atención médica, b. el Ministerio de Políticas Laborales y Sociales contribuyendo al componente socio-asistencial, c. El Instituto Nacional de la Seguridad Social financia principalmente las prestaciones económicas (como se mencionó anteriormente) y finalmente d. las autoridades regionales y municipales para distintos tipos de cuidados en especie o servicios [8].

1.2.2. Las realidades regionales y los datos clave de la atención sociosanitaria en España

La sanidad y los servicios sociales han evolucionado a diferente velocidad y en una dirección distinta, en cuanto a su origen y trayectoria, la combinación público-privada y los servicios de financiación y copago de los servicios [20].

Según el Artículo 1, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad General de Sanidad española, la atención sanitaria es el conjunto de actividades y servicios dirigidos a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas, garantizando la continuidad y la calidad en la prestación de los servicios. Los principios que estableció fueron [21]:

- a) Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- b) La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- c) La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- d) Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

La atención social en España, utilizando la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se define como las actuaciones y recursos orientados a garantizar la protección y apoyo a las personas en situación de dependencia, promoviendo

su autonomía personal y su integración social [22]. Sus principios fundamentales fueron [22]:

- a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.

- m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- o) La cooperación interadministrativa. La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

La atención sociosanitaria nació de la demanda intrínseca de atención a las personas a lo largo de su ciclo vital, tanto de servicios sanitarios en como de cuidados para la vida diaria en la comunidad [20]. Según la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de España, la atención sociosanitaria se definió como: el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social [23]. La misma Ley definió que la atención comprende y se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria determinen, y en cualquier caso comprenderá: A) Los cuidados sanitarios de larga duración. B) La atención sanitaria a la convalecencia. C) La rehabilitación en pacientes con déficit

funcional encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantener su máxima autonomía, mejorar la calidad de vida y reintegrarles en su medio habitual. D) Los cuidados intermedios a aquellas personas que la evolución de su enfermedad les ha generado una situación de gran dependencia, como las enfermedades crónicas complejas, las enfermedades raras, los procesos y las enfermedades de alta complejidad y de curso irreversible [23].

En España no existe un marco de actuación a nivel estatal que regule las políticas y programas de atención sociosanitaria, de manera que estas se abordan de forma diferente en cada región. La coordinación entre profesionales y servicios del área sanitaria y del área de los servicios sociales no es sencilla al depender cada uno de estructuras diferentes, donde las competencias no recaen sobre el mismo organismo [24].

El Sistema Público de Servicios Sociales se erige como uno de los pilares del Estado de Bienestar. De acuerdo con la distribución competencial que establece la Constitución Española, que en su artículo 148.1. 20ª dispone que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de "asistencia social" [25], todas las Comunidades Autónomas asumieron, en sus respectivos Estatutos de Autonomía, la competencia exclusiva en materia de Servicios Sociales, competencia reiterada en las más recientes reformas estatutarias.

Fruto de este marco competencial, las Comunidades Autónomas han aprobado sus propias Leyes de Servicios Sociales, en los cuales se definen sus principios orientadores, además de las prestaciones y servicios. A continuación, se detallan estas:

1.2.2.1. Andalucía

La Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía [26] estableció el marco legal que regula los servicios sociales en la comunidad

autónoma, incorporando una perspectiva moderna y adaptada a las necesidades actuales.

Sus principales hitos fueron: 1 - Reconocimiento del derecho subjetivo a los servicios sociales: Estableció que los servicios sociales son un derecho subjetivo, garantizado por el sistema público, que puede ser reclamado judicialmente en caso de incumplimiento. Equiparó los servicios sociales a otros pilares del Estado de bienestar, como la sanidad y la educación. 2 - Organización en niveles de atención: Atención comunitaria, proporcionada en los municipios, se centra en la proximidad y accesibilidad a los ciudadanos. Atención especializada: Se dirige a personas con necesidades más complejas que requieren intervención técnica y recursos especializados. 3 - Catálogo de prestaciones garantizadas: Definió un catálogo de prestaciones esenciales que deben ser garantizadas por el sistema público de servicios sociales, incluyendo: información, valoración y orientación, atención a las necesidades básicas, prevención e intervención familiar, atención residencial y domiciliaria y prestaciones económicas específicas. 4 - Enfoque centrado en la persona: Promovió un modelo de atención personalizado, basado en los derechos, necesidades y preferencias de las personas. Se establece como prioridad fomentar la autonomía personal y la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones. 5 - Equidad territorial: Garantiza la igualdad de acceso a los servicios sociales en todos los territorios de Andalucía, combatiendo las desigualdades entre áreas urbanas y rurales. 6 - Participación ciudadana: Reconoció la importancia de la participación de las personas, entidades y organizaciones sociales en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios sociales. 7 - Coordinación interadministrativa: Fomenta la colaboración entre las administraciones locales, autonómicas y otros sistemas de bienestar (sanidad, educación, empleo) para garantizar una intervención integral. 8 - Innovación y calidad: Introduce mecanismos de evaluación y seguimiento para garantizar la calidad de los servicios sociales. Promueve la formación continua de los profesionales y la innovación en los modelos de atención. 9 - Gestión descentralizada: Reafirma el papel de los municipios como ejes fundamentales

en la prestación de servicios sociales comunitarios. 10 - Perspectiva de género y atención a la diversidad: Integra un enfoque de género en todas las actuaciones y presta especial atención a colectivos vulnerables, como mujeres víctimas de violencia, personas mayores, migrantes y personas con discapacidad [26].

1.2.2.2. Aragón

La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón [27] estableció el marco legal para garantizar el derecho a los servicios sociales como parte del sistema de bienestar en esta comunidad autónoma.

La presente Ley [27] se basó en los siguientes principios: 1 - Reconocimiento de los servicios sociales como derecho subjetivo. Establece que los servicios sociales son un derecho subjetivo que puede ser exigido por los ciudadanos ante la administración y, en caso necesario, ante los tribunales. 2. Definición del Sistema Público de Servicios Sociales. Organiza los servicios sociales como un sistema público integrado, cuya misión es garantizar el acceso universal y equitativo a las prestaciones y servicios. 3 - Niveles de atención. La ley estructura los servicios sociales en dos niveles: Atención primaria, proporcionada por los servicios sociales municipales, centrada en la proximidad y en intervenciones de carácter preventivo y asistencial, y atención especializada, ofrecida por las comarcas o el Gobierno de Aragón, para atender a personas con necesidades más complejas. 4 - Catálogo de prestaciones garantizadas. Define un catálogo de prestaciones esenciales que deben ser accesibles para toda la población, incluyendo: información, valoración y orientación, atención en situaciones de emergencia social, ayuda a domicilio, atención residencial y diurna y, prestaciones económicas para situaciones de necesidad. 5 - Atención integral y personalizada. Promueve un enfoque centrado en la persona, con actuaciones adaptadas a las necesidades individuales y que fomenten la autonomía personal y la inclusión social. 6 - Participación ciudadana. Potencia la participación activa de las personas usuarias y de las entidades sociales en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios sociales. 7 - Perspectiva de igualdad y

atención a la diversidad. Integra la igualdad de género y la atención a colectivos vulnerables como principios transversales. Presta especial atención a personas en riesgo de exclusión social, personas mayores, personas con discapacidad y familias en situaciones de vulnerabilidad. 8 - Coordinación interadministrativa. Establece mecanismos de coordinación entre las administraciones públicas (local, autonómica y estatal) y otros sistemas de bienestar (sanidad, educación, empleo). 9 - Descentralización y papel clave de las comarcas. Reafirma el papel de las comarcas como principales gestoras de los servicios sociales en el territorio, fortaleciendo la proximidad y adaptabilidad de los servicios. 10 - Innovación y calidad. Introduce la obligatoriedad de establecer sistemas de evaluación y mejora continua para garantizar la calidad de los servicios sociales. Fomenta la formación del personal y la implementación de buenas prácticas. 11 - Financiación pública y sostenibilidad. Garantiza que los servicios sociales se financien principalmente con recursos públicos, asegurando su sostenibilidad a largo plazo. 12 - Atención a las emergencias sociales. Incorpora un enfoque preventivo y de actuación rápida ante situaciones de emergencia social [27].

1.2.2.3. Cantabria

La Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales [28], representa un avance significativo en la protección social de la comunidad autónoma.

A continuación, se destacan sus aspectos más significativos: 1 - Reconocimiento de Derechos Sociales como Derechos de Ciudadanía: La ley supera el modelo asistencial tradicional, estableciendo los derechos sociales como derechos inherentes a la ciudadanía, fundamentados en los principios de igualdad y universalidad. Esto implica que todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, tienen garantizado el acceso a los servicios sociales. 2 - Creación del Sistema Público de Servicios Sociales: Se instaaura un sistema integrado que promueve una atención profesionalizada, sujeta a altos estándares de calidad, con el objetivo de mejorar el bienestar de la ciudadanía y

fomentar el desarrollo comunitario. 3 - Universalización de la Protección Social: La ley extiende las actividades de prevención, promoción, tutela, intervención, incorporación e inclusión a todas las clases sociales, no limitándose únicamente a situaciones de pobreza o exclusión. 4 - Ordenación Regional y Estructura de Gestión: Se define una estructura de gestión que busca garantizar la equidad, efectividad y eficiencia en la prestación de servicios, promoviendo una mayor cohesión social y territorial en Cantabria. 5 - Integración de Normativas Anteriores: La ley unifica y actualiza diversas normativas sectoriales previas, como la Ley de Cantabria 5/1992 de Acción Social, la Ley de Cantabria 5/1997 sobre drogodependencias, la Ley de Cantabria 7/1999 de protección de la infancia y adolescencia, y la Ley de Cantabria 6/2001 de atención a personas en situación de dependencia, creando un marco normativo más coherente y eficaz [28].

1.2.2.3. Castilla – La Mancha

La Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha [29] establece el marco legal para garantizar el derecho universal a la protección social en la región. A continuación, se destacan sus principales hitos y aspectos más significativos:

1 - Reconocimiento del Derecho Universal a la Protección Social: La ley garantiza el acceso de toda la ciudadanía a los servicios sociales, consolidando este acceso como un derecho de ciudadanía. 2 - Estructuración del Sistema Público de Servicios Sociales: Se ordena y estructura el sistema en dos niveles de atención: Atención Primaria: Proporciona servicios básicos y de proximidad, actuando como puerta de entrada al sistema. Y, atención Especializada: Ofrece servicios dirigidos a necesidades específicas que requieren una intervención más intensiva. 3 - Catálogo de Prestaciones: Se establece un catálogo que incluye prestaciones técnicas, económicas y tecnológicas, detallando los servicios y ayudas disponibles para la ciudadanía. 4 - Planificación y

Coordinación: La ley introduce instrumentos de planificación, como el Plan Estratégico de Servicios Sociales y planes específicos, para asegurar una gestión eficiente y coordinada de los recursos. 5 - Participación Social: Se promueve la participación activa de la ciudadanía y de las entidades del Tercer Sector en la planificación, gestión y evaluación de los servicios sociales, fortaleciendo el tejido social y comunitario. 6 - Calidad en los Servicios Sociales: Se implementan criterios de calidad estandarizados, aprobados y supervisados por las administraciones públicas, potenciando la formación, investigación y uso de nuevas tecnologías para el desarrollo del sistema. 7 - Atención Integral Social y Sanitaria: Se establecen mecanismos para la atención integral de servicios sociales y de salud, promoviendo la coordinación entre ambos sistemas para ofrecer una respuesta más completa a las necesidades de las personas [29].

Estos hitos reflejan el compromiso de Castilla-La Mancha con la promoción de la igualdad, la justicia social y la mejora de las condiciones de vida de su ciudadanía, consolidando un sistema de servicios sociales accesible, eficiente y de calidad.

1.2.2.5. Castilla y León

La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, establece el marco legal para garantizar el derecho de acceso a los servicios sociales en la comunidad autónoma [30].

A continuación, se resumen sus principales hitos y aspectos más significativos:

- 1 - Derecho de Acceso Universal: La ley promueve y garantiza el acceso universal a un sistema de servicios sociales, estableciendo el derecho subjetivo a las prestaciones esenciales del sistema de responsabilidad pública.
- 2 - Organización del Sistema de Servicios Sociales: Se configura el sistema como el conjunto de recursos, programas, actividades, prestaciones y equipamientos, tanto de titularidad pública como privada, destinados a la atención de las necesidades sociales de la población.
- 3 - Prestaciones del Sistema: La ley define las prestaciones del sistema, clasificándolas en esenciales y no esenciales, y

establece un catálogo de servicios sociales de Castilla y León que detalla las prestaciones garantizadas. 4 - Organización Territorial y Funcional: Se estructura el sistema en niveles territoriales (Zonas de Acción Social y Áreas de Acción Social) y funcionales, con equipos de acción social básica y equipos multidisciplinares específicos para atender las diversas necesidades sociales. 5 - Calidad y Evaluación: Se establecen criterios de calidad para los servicios sociales, incluyendo la formación de profesionales, la autorización y acreditación de centros, y la creación de un Observatorio Autonómico de Servicios Sociales para la investigación e innovación en el sector. 6 - Planificación y Coordinación: La ley introduce la planificación autonómica y local de los servicios sociales, promoviendo la coordinación interadministrativa e interdepartamental, así como la atención integrada de carácter social y sanitario. 7 - Participación de la Iniciativa Privada: Se regula la participación de entidades privadas en la prestación de servicios sociales, estableciendo un régimen de autorización, acreditación y control para garantizar la calidad y adecuación de los servicios ofrecidos [30].

1.2.2.6. Cataluña

La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña [31], establece el marco legal para garantizar el derecho de acceso a los servicios sociales en la comunidad autónoma.

A continuación, se destacan sus aspectos más significativos:

1 - Derecho de Acceso Universal: La ley reconoce el derecho de todas las personas a acceder a los servicios sociales, promoviendo la igualdad y la no discriminación en el acceso a estos servicios. 2 - Estructura del Sistema Público de Servicios Sociales: Se organiza el sistema en dos niveles: Servicios Sociales Básicos: Proporcionan atención primaria y de proximidad, actuando como puerta de entrada al sistema. Y, servicios Sociales Especializados: Ofrecen atención específica a necesidades particulares que requieren una intervención más intensiva. 3 - Cartera de Servicios Sociales: Se establece una cartera que detalla

las prestaciones garantizadas, incluyendo servicios, prestaciones económicas y tecnológicas, asegurando su disponibilidad para la ciudadanía. 4 - Planificación y Coordinación: La ley introduce instrumentos de planificación, como el Plan Estratégico de Servicios Sociales y planes sectoriales, para asegurar una gestión eficiente y coordinada de los recursos. 5 - Participación Ciudadana: Se promueve la participación activa de la ciudadanía y de las entidades del Tercer Sector en la planificación, gestión y evaluación de los servicios sociales, fortaleciendo el tejido social y comunitario. 6 - Calidad en los Servicios Sociales: Se implementan criterios de calidad para los servicios, fomentando la formación de los profesionales, la investigación y el uso de nuevas tecnologías para el desarrollo del sistema. 7 - Coordinación Interadministrativa: Se establecen mecanismos de coordinación entre las diferentes administraciones públicas para garantizar una atención integral y evitar duplicidades en la prestación de servicios [31].

1.2.2.7. Comunidad de Madrid

La Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid [32], establece el marco legal para garantizar el derecho de acceso a los servicios sociales en la región. A continuación, se destacan sus principales hitos y aspectos más significativos: 1 - Reconocimiento del derecho subjetivo de acceso: Garantiza el acceso universal y equitativo a las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales como un derecho subjetivo para todas las personas con vecindad administrativa en la región. 2 - Estructuración del Sistema Público de Servicios Sociales. Se organiza en dos niveles: Atención Social Primaria: Ofrece servicios básicos, cercanos y accesibles, siendo el primer punto de contacto con el sistema. Y, atención Social Especializada: Responde a necesidades concretas con intervenciones más complejas e intensivas. 3 - Catálogo de Prestaciones y Cartera de Servicios: Define un Catálogo de Prestaciones que recoge los servicios y ayudas garantizados. Incluye una Cartera de Servicios que regula las condiciones de acceso y establece estándares de calidad. 4 - Planificación estratégica: Introduce el Plan Director de

Servicios Sociales, que establece objetivos y estrategias de actuación. Promueve la coordinación entre administraciones públicas y otros sistemas de protección social, como salud, educación y empleo. 5 - Fomento de la participación ciudadana: Refuerza la implicación de la ciudadanía y de entidades del Tercer Sector en la planificación, gestión y evaluación del sistema. 6 - Calidad, transparencia y rendición de cuentas: Establece mecanismos para evaluar y garantizar la calidad de los servicios sociales. Fomenta la transparencia en la gestión, con rendición de cuentas ante la ciudadanía. 7 - Financiación adecuada: Asegura la dotación presupuestaria suficiente para implementar las prestaciones y servicios definidos en el Catálogo y la Cartera de Servicios [32].

1.2.2.8. Comunidad Foral de Navarra

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra [33], establece el marco legal para garantizar el acceso universal a los servicios sociales en la Comunidad Foral de Navarra. Sus puntos clave son: 1 - Acceso Universal y Derecho Subjetivo: Reconoce el acceso a las prestaciones esenciales como un derecho subjetivo, garantizado para todos los ciudadanos en igualdad de condiciones. 2 - Organización del Sistema: Estructura los servicios sociales en dos niveles: Atención Primaria: A través de los Servicios Sociales de Base, centrados en programas obligatorios como acogida, promoción de la autonomía, atención a la dependencia, infancia y familia. Y, atención Especializada: Para necesidades específicas con intervenciones intensivas. 3 - Cartera de Servicios: Define las prestaciones garantizadas y su acceso en un catálogo de servicios públicos. 4 - Planificación y Coordinación: Introduce instrumentos de planificación como el Plan Estratégico de Servicios Sociales, y promueve la coordinación entre administraciones públicas y otras entidades. 5 - Participación Ciudadana: Fomenta la colaboración activa de la ciudadanía y el Tercer Sector en la gestión y evaluación de los servicios. 6 - Calidad y Evaluación: Implanta estándares de calidad y mecanismos de supervisión para asegurar la excelencia en los servicios [33].

1.2.2.9. Comunidad Valenciana

La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana [34], establece un marco legal para garantizar el derecho universal a los servicios sociales en la región. A continuación, se destacan sus principales hitos y aspectos más significativos: 1 - Reconocimiento del Derecho Subjetivo a los Servicios Sociales. La ley reconoce el acceso a los servicios sociales como un derecho subjetivo de la ciudadanía, permitiendo su exigibilidad ante los tribunales. 2 - Universalidad y Accesibilidad. Se garantiza el acceso universal a los servicios sociales, asegurando que todas las personas residentes en la Comunidad Valenciana puedan beneficiarse de ellos, sin discriminación alguna. 3 - Estructura del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales. La ley organiza el sistema en dos niveles de atención: Atención Primaria: Proporciona servicios básicos y de proximidad, gestionados principalmente por los municipios. Atención Secundaria: Ofrece servicios especializados para situaciones que requieren una intervención más específica. Esta estructura funcional y territorial busca una atención integral y coordinada. 4 - Catálogo y Cartera de Prestaciones. Se establece un catálogo de prestaciones que incluye servicios y ayudas económicas destinadas a atender diversas necesidades sociales, garantizando su disponibilidad y calidad en todo el territorio. 5 - Participación Ciudadana. La ley promueve la participación activa de la ciudadanía en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios sociales, fomentando la corresponsabilidad y el empoderamiento comunitario. 6 - Coordinación y Colaboración Interinstitucional. Se refuerza la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y entidades del tercer sector para asegurar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades sociales, evitando duplicidades y optimizando recursos. 7 - Calidad en la Prestación de Servicios. La ley establece mecanismos para garantizar la calidad de los servicios sociales, incluyendo la formación continua de los profesionales, la evaluación periódica de los servicios y la implementación de sistemas de mejora continua. 8 - Innovación

y Adaptabilidad. Se fomenta la innovación en la prestación de servicios sociales, promoviendo la adaptación a las nuevas realidades sociales y el uso de tecnologías que mejoren la atención y gestión de los servicios [34].

1.2.2.10. Extremadura

La Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura [35], establece el marco normativo para garantizar el derecho universal y subjetivo de la ciudadanía al acceso al sistema público de servicios sociales en la comunidad autónoma. A continuación, se destacan sus principales hitos y aspectos más relevantes: 1 - Reconocimiento del Derecho Subjetivo y Universal. La ley garantiza a todas las personas el derecho subjetivo de acceso a las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales en condiciones de justicia y equidad, de conformidad con los requisitos que se establezcan para cada una de ellas. 2 - Estructura del Sistema Público de Servicios Sociales. El sistema se organiza en dos niveles de atención: Servicios Sociales de Atención Social Básica: Constituyen la estructura básica y el primer nivel de atención del sistema, proporcionando servicios de proximidad y atención primaria. Servicios Sociales de Atención Especializada: Dirigidos a atender situaciones que requieren una intervención más específica y especializada. 3 - Planificación y Organización Territorial. La ley establece una planificación estratégica a través del Plan Estratégico de Servicios Sociales y define una organización territorial basada en áreas, zonas básicas y unidades básicas de servicios sociales, con el objetivo de garantizar una atención adecuada y cercana al ciudadano. 4 - Catálogo de Prestaciones. Se crea un Catálogo del Sistema Público de Servicios Sociales que detalla las prestaciones garantizadas en los servicios sociales de atención social básica y especializada, asegurando su disponibilidad y calidad en todo el territorio. 5 - Coordinación Interadministrativa y Sociosanitaria. La ley promueve la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y establece mecanismos de colaboración sociosanitaria para ofrecer una atención integral a las personas usuarias. 6 - Calidad en la Prestación de Servicios Se implementan

criterios y objetivos de calidad en los servicios sociales, fomentando la formación, investigación e innovación en el sector, y estableciendo sistemas de autorización, acreditación e inspección para garantizar la excelencia en la prestación de servicios. 7 - Participación Ciudadana. Se garantiza y promueve la participación de la ciudadanía en el ámbito de los servicios sociales, estableciendo órganos como el Consejo Asesor de Servicios Sociales de Extremadura para canalizar dicha participación. 8 - Régimen Sancionador. La ley define un régimen de infracciones y sanciones para asegurar el cumplimiento de las normativas y la protección de los derechos de las personas usuarias del sistema de servicios sociales [35].

1.2.2.11. Galicia

La Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia [36], establece el marco normativo para garantizar el derecho de la ciudadanía gallega a los servicios sociales. A continuación, se destacan sus principales hitos y aspectos más relevantes: 1 - Reconocimiento del Derecho Subjetivo a los Servicios Sociales. La ley garantiza el derecho de las personas a los servicios sociales que les correspondan en función de la valoración objetiva de sus necesidades, posibilitando que su libertad e igualdad sean reales y efectivas. 2 - Estructura del Sistema Gallego de Servicios Sociales. El sistema se organiza en dos niveles de actuación: Servicios Sociales Comunitarios: Con carácter predominantemente local, constituyen el acceso normalizado y el primer nivel de intervención del sistema. Servicios Sociales Especializados: Dirigidos a atender situaciones que requieren una intervención más específica y especializada. 3 - Planificación y Organización Territorial. La ley establece una planificación estratégica a través del Plan Estratégico de Servicios Sociales y define una organización territorial basada en áreas sociales, con el objetivo de garantizar una atención adecuada y cercana al ciudadano. 4 - Catálogo de Prestaciones y Servicios. Se crea un Catálogo de Servicios Sociales que detalla las prestaciones y servicios garantizados, asegurando su disponibilidad y calidad en todo el

territorio gallego. 5 - Participación de la Iniciativa Social y Privada. La ley regula la participación de entidades de iniciativa social y de carácter mercantil en la prestación de servicios sociales, fomentando la colaboración y estableciendo los requisitos para su autorización, registro, inspección y control. 6 - Calidad en la Prestación de Servicios. Se implementan criterios y objetivos de calidad en los servicios sociales, fomentando la formación, investigación e innovación en el sector, y estableciendo sistemas de autorización, acreditación e inspección para garantizar la excelencia en la prestación de servicios. 7 - Coordinación Interadministrativa. La ley promueve la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y establece mecanismos de colaboración para ofrecer una atención integral a las personas usuarias. 8 - Régimen de Infracciones y Sanciones. Se define un régimen de infracciones y sanciones para asegurar el cumplimiento de las normativas y la protección de los derechos de las personas usuarias del sistema de servicios sociales [36].

1.2.2.12. Islas Baleares

La Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears [37], establece un marco integral para garantizar el derecho universal y equitativo de acceso a los servicios sociales en la comunidad autónoma. A continuación, se resumen los aspectos más relevantes de la normativa: 1 - Derecho Universal y Subjetivo. La ley garantiza el acceso a los servicios sociales como un derecho universal, subjetivo y exigible para toda la ciudadanía, independientemente de su situación económica, social o personal. 2 - Organización del Sistema Público de Servicios Sociales. Se estructura en dos niveles: Servicios Sociales Comunitarios: Constituyen el primer nivel de intervención, con servicios básicos (información, orientación, prevención) y específicos para situaciones concretas. Servicios Sociales Especializados: Enfocados en necesidades específicas o casos complejos que requieren una atención más intensiva. 3 - Cartera de Servicios Sociales. Se crea una Cartera de Servicios Sociales, que define las prestaciones técnicas, económicas y tecnológicas garantizadas. Esto asegura uniformidad, calidad y accesibilidad en toda la región. 4 - Planificación

Estratégica. La ley establece la necesidad de elaborar planes estratégicos y territoriales, organizando los servicios en unidades territoriales para garantizar proximidad y eficiencia en la atención. 5 - Participación Ciudadana. Se fomenta la participación de la ciudadanía y entidades sociales en la gestión, planificación y evaluación de los servicios sociales, a través de órganos como el Consejo de Servicios Sociales de las Illes Balears. 6 - Coordinación Interadministrativa. Se promueve la colaboración entre las administraciones públicas y la coordinación con otros sistemas (sanitario, educativo, laboral) para garantizar una atención integral. 7 - Calidad y Evaluación. La ley establece criterios de calidad, investigación e innovación en los servicios sociales, promoviendo la formación de los profesionales y la evaluación continua de los recursos y prestaciones. 8 - Régimen de Infracciones y Sanciones. Define un marco sancionador para garantizar el cumplimiento de la normativa, protegiendo los derechos de los usuarios y regulando la participación de las entidades públicas y privadas en el sistema. 9 - Atención a la Diversidad y Cohesión Social. Incluye medidas específicas para colectivos vulnerables, como personas mayores, menores, personas con discapacidad, mujeres en riesgo de exclusión y migrantes, promoviendo la cohesión social [37].

1.2.2.13. Islas Canarias

La Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias [38], representa un avance importante en el marco normativo de los servicios sociales en esta comunidad autónoma.

Sus principales hitos incluyen: 1 - Reconocimiento de los servicios sociales como derecho subjetivo. Declara los servicios sociales como un derecho subjetivo garantizado por la administración, lo que permite a la ciudadanía exigir su cumplimiento a través de mecanismos legales. 2 - Universalidad y equidad. Establece el acceso universal a los servicios sociales, garantizando la equidad y la igualdad de oportunidades para todas las personas residentes en Canarias. 3 - Catálogo de prestaciones garantizadas. Define un catálogo de prestaciones

esenciales, incluyendo: Información, orientación y asesoramiento, ayuda a domicilio, atención a la dependencia, apoyo a las familias y menores, y prestaciones económicas de emergencia y otros servicios específicos. 4 - Organización territorial. La ley establece un modelo descentralizado de servicios sociales, estructurado en: Atención primaria: Proporcionada por los ayuntamientos, enfocada en la proximidad y accesibilidad. Atención especializada: Gestionada por el Gobierno de Canarias para necesidades más complejas. 5 - Enfoque centrado en la persona. Promueve un modelo de atención integral y personalizado, respetando los derechos, necesidades y preferencias de las personas usuarias. 6 - Perspectiva de género e inclusión. Integra la perspectiva de género como principio rector. Presta atención especial a colectivos vulnerables, incluyendo personas mayores, personas con discapacidad, migrantes y familias en riesgo de exclusión social. 7 - Participación ciudadana y comunitaria. Reconoce el derecho de las personas usuarias a participar en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios sociales. Potencia el papel de las entidades sociales en la gestión y prestación de servicios. 8 - Coordinación interadministrativa. Fomenta la colaboración entre las administraciones públicas (local, autonómica y estatal) para garantizar una intervención eficaz y coordinada. 9 - Calidad e innovación. Introduce mecanismos de evaluación, seguimiento y mejora continua de la calidad en los servicios sociales. Promueve la innovación y el uso de tecnologías para mejorar la eficiencia y el acceso a los servicios. 10 - Atención a las emergencias sociales. Establece recursos específicos para responder de manera rápida y eficaz a situaciones de emergencia social. 11 - Financiación pública. Asegura la financiación pública prioritaria de los servicios sociales, buscando garantizar la sostenibilidad del sistema. 12 - Compatibilidad con otros sistemas. Establece mecanismos de coordinación con otros sistemas de bienestar, como sanidad, educación y empleo, para garantizar un abordaje integral de las necesidades de las personas [38].

1.2.2.14. La Rioja

La Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja [39], establece el marco legal para garantizar el derecho de todos los ciudadanos riojanos a acceder a los servicios sociales, promoviendo su bienestar y calidad de vida.

1 - Reconocimiento del Derecho Universal a los Servicios Sociales. La ley establece que todos los ciudadanos tienen derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de igualdad, garantizando la no discriminación y la equidad. 2 - Organización del Sistema Público de Servicios Sociales Se estructura el sistema en dos niveles principales: Servicios Sociales de Atención Primaria: Gestionados por los municipios, son el primer punto de contacto para atender necesidades básicas y prevenir situaciones de exclusión social. Y, servicios Sociales de Atención Especializada: Enfocados en casos que requieren intervenciones más intensivas o específicas. 3 - Creación de un Catálogo de Prestaciones. La ley define un conjunto de prestaciones garantizadas, entre las que se incluyen: Información, asesoramiento y orientación, ayuda a domicilio, apoyo a las familias y unidades de convivencia, alojamiento alternativo (residencias, centros de día, etc.), y programas de inclusión social para personas en riesgo de exclusión. 4 - Establecimiento de Zonas Básicas de Servicios Sociales. La Comunidad Autónoma de La Rioja se divide en zonas básicas, asegurando la proximidad de los servicios sociales a los ciudadanos. Cada zona debe contar con un equipo multidisciplinar que garantice la atención adecuada. 5 - Participación Comunitaria. La ley fomenta la participación de los ciudadanos en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios sociales, promoviendo la colaboración con entidades del tercer sector y organizaciones sociales. 6 - Promoción de la Calidad y la Evaluación. Se introduce un sistema de calidad que asegura la mejora continua en la prestación de los servicios sociales, junto con mecanismos de evaluación para medir su impacto y eficiencia. 7 - Atención a la Diversidad. Se incluyen medidas específicas para atender a colectivos en situación de vulnerabilidad o con necesidades

particulares, como personas mayores, personas con discapacidad, infancia en riesgo y personas en situación de exclusión social [39].

1.2.2.15. País Vasco

La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco [40], establece un marco legal para garantizar el derecho universal a los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. A continuación, se destacan sus principales hitos: 1 - Derecho Subjetivo a los Servicios Sociales. La ley reconoce el acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales como un derecho subjetivo, permitiendo a los ciudadanos exigir su cumplimiento ante los tribunales. 2 - Universalidad del Sistema. Se promueve y garantiza en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho a las prestaciones y servicios de servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal. 3 - Catálogo y Cartera de Prestaciones y Servicios. La ley define un Catálogo de Prestaciones y Servicios que detalla las prestaciones técnicas y económicas disponibles, así como los servicios orientados al logro de los objetivos esenciales del sistema. 4 - Organización del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Se estructura el sistema en servicios sociales municipales, forales y de ámbito autonómico, estableciendo competencias específicas para cada nivel administrativo. 5 - Planificación Estratégica. Se introduce la elaboración de un Plan Estratégico de Servicios Sociales y un Mapa de Servicios Sociales para definir el despliegue y desarrollo del sistema en la comunidad autónoma. 6 - Participación y Coordinación. La ley garantiza la participación de las personas usuarias y profesionales en el sistema, y establece mecanismos de cooperación y coordinación entre las administraciones públicas y con otros sistemas y políticas públicas. 7 - Calidad y Evaluación. Se promueve la calidad en la prestación de servicios sociales, estableciendo sistemas de información, evaluación, investigación y formación para asegurar la mejora continua del sistema. 8 - Régimen de Infracciones y Sanciones. La ley establece un régimen

específico de infracciones y sanciones para garantizar el cumplimiento de las normativas y la protección de los derechos de las personas usuarias [40].

1.2.2.16. Principado de Asturias

La Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias [41] establece el marco normativo que regula los servicios sociales en esta comunidad autónoma.

Sus principales bases son: 1 - Reconocimiento de los servicios sociales como un derecho universal. Declara los servicios sociales como un derecho de acceso universal para toda la ciudadanía, dirigido a garantizar la cohesión social y la igualdad de oportunidades. 2 - Organización en niveles de atención. La ley organiza los servicios sociales en dos niveles: Atención primaria: Proporcionada en el ámbito local, se ocupa de las necesidades sociales más inmediatas y generalizadas, y atención especializada: Para situaciones que requieren recursos y servicios específicos, gestionados por el Principado de Asturias. 3 - Catálogo de prestaciones. Define un catálogo de prestaciones básicas, garantizando servicios como: Información y orientación, atención domiciliaria, alojamiento alternativo y prestaciones económicas en situaciones de necesidad. 4 - Enfoque centrado en la persona. Promueve un modelo de atención que respeta los derechos, la dignidad y la autonomía de las personas usuarias. 5 - Participación ciudadana. Establece mecanismos para que las personas usuarias y las entidades sociales participen en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios sociales. 6 - Perspectiva de igualdad. Integra la igualdad de género como un principio transversal y dedica especial atención a colectivos vulnerables como personas mayores, personas con discapacidad y familias en riesgo de exclusión social. 7 - Coordinación interadministrativa. Refuerza la colaboración entre las administraciones públicas (local, autonómica y estatal) para garantizar la efectividad de las políticas sociales. 8 - Descentralización de la gestión. Reconoce el papel clave de los ayuntamientos en la prestación de servicios sociales, fomentando la proximidad y adaptabilidad. 9 - Calidad y evaluación de

los servicios Introduce sistemas de seguimiento y evaluación para garantizar la calidad de los servicios y la satisfacción de las personas usuarias. 10 - Atención a las emergencias sociales. Establece mecanismos específicos para actuar en situaciones de emergencia social y prevenir la exclusión. 11 - Financiación pública. Garantiza que los servicios sociales sean financiados prioritariamente con recursos públicos, asegurando su sostenibilidad [41].

1.2.2.17. Región de Murcia

La Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia [42], introduce varios hitos significativos para fortalecer y modernizar el sistema de servicios sociales en la comunidad. A continuación, se destacan los principales:

1 - Reconocimiento del Derecho Subjetivo a las Prestaciones Garantizadas. La ley establece que las prestaciones garantizadas del sistema de servicios sociales son derechos subjetivos, lo que implica que los ciudadanos pueden exigir su cumplimiento ante los tribunales. 2 - Unificación del Catálogo de Prestaciones. Se crea un catálogo unificado de prestaciones aplicable en los 45 municipios de la región, asegurando igualdad en el acceso y la calidad de los servicios ofrecidos a todos los ciudadanos. 3 - Organización Territorial y Estructura del Sistema. La ley organiza el sistema de servicios sociales en áreas, zonas básicas y unidades básicas, estructurándolo en dos niveles de atención: Servicios Sociales de Atención Primaria: Primer nivel de acceso para atender necesidades básicas y prevenir situaciones de exclusión social. Servicios Sociales de Atención Especializada: Dirigidos a intervenciones más específicas y complejas. 4 - Coordinación entre Administraciones y Sistemas de Protección. Se establece el Servicio de Información de Servicios Sociales de la Región de Murcia para garantizar la gestión integrada de la información y mejorar la coordinación entre diferentes administraciones y sistemas de protección social. 5 - Participación de la Iniciativa Social y Privada. La ley regula la participación de entidades de iniciativa social y privada en la prestación de servicios sociales, fomentando la colaboración mediante conciertos sociales y otras formas de cooperación. 6 -

Enfoque en la Calidad de los Servicios. Se establece el principio de calidad en la prestación de servicios sociales, promoviendo la implementación de estándares y sistemas de evaluación para asegurar la eficacia y eficiencia en la atención a los ciudadanos. 7 - Régimen de Infracciones y Sanciones. La ley introduce un régimen específico de infracciones y sanciones para garantizar la protección de los derechos de las personas usuarias y asegurar el cumplimiento de las normativas establecidas en el sistema de servicios sociales.

Estos hitos representan un avance significativo en la consolidación de los servicios sociales como un pilar fundamental del bienestar en la Región de Murcia, asegurando derechos, calidad y equidad en la atención a la ciudadanía [42].

1.2.2.19. Ciudad Autónoma de Ceuta

La Ciudad Autónoma de Ceuta cuenta con el Reglamento Regulator de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, aprobado el 31 de marzo de 2003 [43]. Este reglamento establece el marco jurídico para las autorizaciones administrativas relacionadas con la creación, modificación, adaptación, supresión y funcionamiento de los centros y servicios sanitarios en Ceuta. Su objetivo es garantizar que estos centros cumplan con los requisitos técnico-sanitarios necesarios para ofrecer una atención de calidad a la población.

1 - Objeto y ámbito de aplicación: El reglamento define su propósito y ámbito de aplicación, especificando que se aplica a todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de Ceuta. 2 - Clasificación de centros y servicios sanitarios: Establece una clasificación detallada de los centros y servicios sanitarios, incluyendo hospitales (generales, especializados, de media y larga estancia, de salud mental), proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento (consultas médicas, centros de atención primaria, centros especializados), servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias y establecimientos

sanitarios como farmacias, ópticas y ortopedias. 3 - Requisitos y obligaciones comunes: Detalla las exigencias comunes para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, incluyendo la obtención de autorizaciones administrativas previas para su instalación, modificación o supresión; la inscripción en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Ciudad; el sometimiento a controles e inspecciones; y el cumplimiento de obligaciones relacionadas con la información y las estadísticas sanitarias. 4 - Procedimientos de autorización: Establece los procedimientos para la autorización de instalación y funcionamiento de los centros sanitarios, detallando la documentación requerida, los plazos y las condiciones para la obtención de dichas autorizaciones. 5 - Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios: Crea el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, en el que se inscribirán todos los centros autorizados, y establece las características, requisitos y condiciones materiales, funcionales e instrumentales del mismo. 6 - Régimen sancionador: Define las infracciones y sanciones aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones del reglamento, así como el procedimiento sancionador correspondiente [43].

1.2.2.19. Ciudad Autónoma de Melilla

El Reglamento Regulador de los Centros, Servicios y Establecimientos de Servicios Sociales de la Ciudad Autónoma de Melilla [44] establece el marco jurídico para la autorización, funcionamiento y supervisión de estos centros en el ámbito local.

A continuación, se destacan algunos de los hitos más significativos de este reglamento: 1 - Objeto y ámbito de aplicación: El reglamento define su propósito y el alcance de su aplicación, especificando los centros, servicios y establecimientos de servicios sociales que quedan sujetos a sus disposiciones. 2 - Procedimientos de autorización: Establece los requisitos y el procedimiento para la obtención de autorizaciones administrativas necesarias para la creación,

construcción, modificación, adaptación, supresión y funcionamiento de los centros y servicios sociales en Melilla. 3 - Categorización de centros y servicios: Clasifica los diferentes tipos de centros y servicios sociales, detallando las características y funciones específicas de cada categoría. 4 - Estándares de calidad y funcionamiento: Detalla los criterios y estándares que deben cumplir los centros y servicios sociales en cuanto a infraestructura, personal, equipamiento y prestación de servicios, con el objetivo de garantizar una atención de calidad a los usuarios. 5 - Régimen de inspección y control: Establece las competencias y procedimientos para la inspección y supervisión de los centros y servicios sociales, incluyendo las posibles sanciones en caso de incumplimiento de la normativa. 6 - Derechos y deberes de los usuarios: Recoge los derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios sociales, asegurando su protección y participación en el funcionamiento de los centros. 7 - Régimen sancionador: Define las infracciones y sanciones aplicables en caso de incumplimiento de las disposiciones del reglamento, así como el procedimiento sancionador correspondiente [44].

Estos hitos reflejan el compromiso de la Ciudad Autónoma de Melilla en regular y supervisar adecuadamente los servicios sociales, asegurando una atención de calidad y el respeto a los derechos de los usuarios.

1.2.2.20. Cifras de centros sociosanitarios en España: un análisis cuantitativo

En España, el sistema de atención residencial se compone de un total de 6.831 centros, de los cuales el 76% están destinados a la atención de personas mayores. La mayoría de estos centros son de titularidad privada, presentan una localización predominante en zonas urbanas y disponen, en su mayoría, de espacios exteriores de expansión. Asimismo, más del 50% de las plazas disponibles corresponden a habitaciones compartidas, lo que pone de manifiesto una estructura organizativa orientada a la optimización de recursos y capacidad asistencial [45].

El modelo residencial en España responde a una creciente demanda derivada del envejecimiento poblacional y del aumento de la esperanza de vida. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de 80 años o más ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas décadas, lo que genera una presión adicional sobre los servicios sociosanitarios y las infraestructuras de atención de larga duración [46]. En este contexto, la planificación de recursos residenciales se enfrenta al reto de garantizar una oferta suficiente, accesible y adaptada a las necesidades de la población dependiente, promoviendo modelos de atención centrados en la persona [47].

Desde una perspectiva organizativa, la coexistencia de centros de titularidad pública y privada refleja un sistema mixto en el que el sector privado desempeña un papel predominante en la provisión de servicios. Estudios recientes han señalado que, aunque la cobertura pública en atención residencial ha mejorado en los últimos años, persisten desigualdades significativas entre comunidades autónomas en cuanto a la disponibilidad de plazas y la accesibilidad económica de los servicios [48].

1.2.2.20.1. Distribución territorial y tasas de cobertura

A continuación, en la Tabla 1 se presenta la distribución de los centros de atención residencial en España, desglosada por comunidades y ciudades autónomas. Se incluyen, además, el número de centros dirigidos a personas mayores, personas con discapacidad y otros colectivos, junto con las correspondientes tasas por cada 10.000 personas de 80 años o más y por cada 10.000 personas con discapacidad. Estos indicadores permiten evaluar la cobertura de los servicios a nivel regional y facilitar el análisis comparativo de la disponibilidad de recursos entre territorios [49].

Tabla 1. Nº de centros sociosanitarios en España. Fuente:

Comunidad Autónoma	MAYORES		DISCAPACIDAD		OTROS	TOTAL
	CENTROS	TASA	CENTROS	TASA	CENTROS	CENTROS
Andalucía	427	10,16%	256	4,40%	41	724
Aragón	281	28,98%	45	4,27%	5	331
Cantabria	61	14,87%	22	3,60%	6	89
Castilla y León	654	29,88%	172	9,72%	17	843

Castilla-La Mancha	411	31,09%	74	4,91%	3	488
Cataluña	1.023	22,57%	394	6,52%	37	1.454
Comunidad de Madrid	469	12,67%	141	3,74%	3	613
Comunidad Foral de Navarra	76	18,32%	15	4,05%	2	93
Comunidad Valenciana	321	11,13%	67	2,06%	22	410
Extremadura	279	37,65%	31	3,96%	12	322
Galicia	345	14,51%	66	3,13%	11	422
Islas baleares	53	10,34%	68	11,47%	2	123
Islas canarias	130	13,62%	46	3,71%	10	186
La rioja	32	14,45%	0	0,00%	1	33
País Vasco	321	20,15%	6	0,43%	3	330
Principado de Asturias	237	27,81%	21	1,81%	8	266
Región de Murcia	64	8,93%	29	1,84%	5	98
Ceuta y Melilla	4	8,23%	2	0,97%	0	6

Fuente: Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España (edición 2022)” del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (IMSERSO).

Las CCAA de Extremadura, Castilla-La Mancha y Castilla y León presentan las tasas más elevadas de centros residenciales para personas mayores en relación con la población de 80 años o más, mientras que Murcia, Andalucía y Baleares registran las ratios más bajas. Así lo señala el primer censo de centros residenciales en España, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [49].

En lo que respecta a los centros de atención para personas con discapacidad, la proporción de establecimientos en relación con la población potencialmente beneficiaria es mayor en Baleares, Castilla y León y Cataluña, mientras que las tasas más reducidas se observan en La Rioja, País Vasco y Asturias.

Desde una perspectiva cuantitativa, Cataluña se posiciona como la CCAA con mayor número de centros para personas mayores, con 1.023 de las 5.188 existentes en España, lo que representa aproximadamente una de cada cinco a nivel nacional. Le siguen en volumen Castilla y León (654), la Comunidad de Madrid (469), Andalucía (427) y Castilla-La Mancha (411) [49].

Asimismo, Cataluña encabeza también el número de centros de atención para personas con discapacidad, con 394 de los 1.455 existentes en el país, lo que equivale a más de una cuarta parte del total. Le siguen Andalucía (256), Castilla y León (172), la Comunidad de Madrid (141) y Castilla-La Mancha (74).

1.2.3. La Comunidad Valenciana y los centros sociosanitarios: análisis contextual actual en el marco de la presente tesis doctoral

La atención sociosanitaria en la Comunidad Valenciana ha experimentado avances significativos en los últimos años, impulsados por iniciativas orientadas a mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales y a responder de manera efectiva a las necesidades de una población envejecida y con enfermedades crónicas.

Con este propósito, se han implementado diversas estrategias para fortalecer la atención sociosanitaria, promoviendo la integración de los servicios sanitarios y sociales con el fin de proporcionar una atención integral, equitativa y centrada en las personas. A continuación, se presentan los principales planes y estructuras desarrollados en este ámbito:

1. V Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2022-2030.

Aprobado en diciembre de 2022, este plan estratégico tiene como objetivo mejorar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades en el ámbito sociosanitario. Si bien abarca diversas dimensiones de la salud pública, incluye medidas específicas para potenciar la coordinación sociosanitaria, promoviendo la integración de servicios para garantizar una atención más eficiente y centrada en la persona [50].

2. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023.

Presentado en enero de 2022, este marco establece una serie de medidas para optimizar la atención primaria y comunitaria, reforzando la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Su implementación busca agilizar la respuesta asistencial, reducir la sobrecarga de los

profesionales y consolidar un modelo de atención basado en la integración de servicios y la atención centrada en la persona [51].

3. Servicio de Coordinación e Integración Sociosanitaria.

Dependiente de la Subdirección General de Atención Primaria, este servicio tiene la función de garantizar la articulación entre los servicios sanitarios y sociosanitarios, mediante la adaptación de los circuitos asistenciales. Su finalidad es optimizar la prestación de una asistencia integral, eficaz y centrada en la persona y en las personas cuidadoras, garantizando una atención de calidad y una respuesta coordinada a las necesidades sociosanitarias [52].

4. Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana (OCISS).

Creada en octubre de 2023, la OCISS tiene como objetivo diseñar e impulsar planes de actuación en el ámbito sociosanitario, con un enfoque científico e innovador. Además, actúa en coordinación con otros departamentos de la Administración de la Generalitat, fortaleciendo el compromiso de la Comunidad Valenciana con la integración sociosanitaria y con la implementación de estrategias innovadoras en la gestión de la asistencia sociosanitaria [53].

Estas iniciativas evidencian el compromiso de la Comunidad Valenciana con el fortalecimiento de la atención sociosanitaria, promoviendo un modelo de atención integrado, eficiente y adaptado a las necesidades de la ciudadanía. La coordinación de servicios y la optimización de recursos resultan fundamentales para mejorar la calidad asistencial y garantizar la equidad en el acceso a los cuidados, especialmente en un contexto de creciente demanda sociosanitaria.

1.2.3.1. La Comunidad Valenciana en cifras: diagnóstico del sistema sociosanitario regional

El Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España, publicado por el IMSERSO en abril de 2024 [49], indica que la Comunidad Valenciana dispone de un total de 321 residencias para personas mayores y 67 centros para personas con discapacidad, lo que suma 410 centros de atención residencial en la región.

Este censo proporciona un análisis detallado de la infraestructura de atención sociosanitaria, permitiendo evaluar tanto la capacidad instalada como la distribución geográfica de los recursos disponibles para la población mayor y con discapacidad. La información derivada de este estudio es fundamental para el diseño de estrategias orientadas a la optimización de los servicios y la planificación de futuras intervenciones en el ámbito sociosanitario.

Desde un enfoque comparativo, la OMS recomienda una ratio de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años como referencia para garantizar una cobertura adecuada de atención de larga duración [54]. En este contexto, la Comunidad Valenciana presenta un índice de cobertura inferior al recomendado, lo que evidencia la necesidad de ampliar la oferta de plazas residenciales con el objetivo de responder a la creciente demanda asistencial y asegurar un acceso equitativo a los cuidados de larga duración en la región.

La discrepancia entre la capacidad instalada y las necesidades de la población mayor sugiere la importancia de implementar políticas de refuerzo en la planificación de infraestructuras sociosanitarias, priorizando tanto el incremento del número de plazas disponibles como la adaptación de los recursos a los nuevos modelos de atención centrados en la persona. Esto no solo permitiría mejorar la cobertura asistencial, sino que también contribuiría a reducir la presión sobre los servicios sanitarios y promover un envejecimiento saludable y digno dentro del entorno residencial.

Sin olvidar todas estas situaciones descritas hasta ahora, hay que reconocer que el mayor desafío de esta época contemporánea para los centros sociosanitarios ha sido la pandemia provocada por el COVID-19, la cual ha causado, de forma inesperada, graves problemas estructurales en el Sistema y ha creado nuevos

riesgos difíciles de afrontar con escasa capacidad de respuesta sanitaria y social, además de los efectos colaterales laborales y económicos, que aún puedan existir. La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto un riesgo para el bienestar social y sanitario de muchas personas, en especial aquellas consideradas como de mayor vulnerabilidad o desigualdad social, como son las personas atendidas en los centros sociosanitarios.

1.3. Marco teórico de la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente: visión sociosanitaria

Por una parte, la calidad asistencial en el ámbito sanitario se ha definido como el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de obtener resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. Esta definición, propuesta por la Office of Technology Assessment (OTA) de Estados Unidos, enfatiza la importancia de que la atención médica se base en evidencia científica y busque resultados óptimos para los pacientes [55].

Y, por otra, la seguridad del paciente se ha descrito como la ausencia de daño innecesario asociado a la atención sanitaria, mientras que la calidad asistencial hace referencia a la capacidad de los servicios de salud para aumentar la probabilidad de obtener resultados deseables para los pacientes, conforme al conocimiento científico actual [51]. Ambas dimensiones se interrelacionan, ya que una atención de calidad implica garantizar la seguridad y minimizar los riesgos asociados a la asistencia sanitaria.

Ambas constituyen pilares fundamentales en la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios. La mejora continua en estos ámbitos requiere la identificación, análisis y extracción de aprendizajes basados en la evidencia y la experiencia asistencial, permitiendo la optimización de los procesos, la reducción de eventos adversos y la promoción de una atención centrada en la persona.

La Agencia de Calidad y Seguridad del Paciente ha destacado que la calidad asistencial debe sustentarse en seis dimensiones esenciales [52]:

- Eficacia: Uso de intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Eficiencia: Optimización de recursos para evitar desperdicio y mejorar resultados.
- Accesibilidad: Eliminación de barreras que dificulten el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Seguridad: Prevención de errores y reducción de riesgos innecesarios.
- Atención centrada en la persona: Respuesta a las preferencias, valores y necesidades individuales.
- Equidad: Provisión de atención justa y sin discriminaciones.

Las presentes definiciones, han tenido un peso incalculable durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, ya evidenció tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas de salud a nivel global. En este contexto, la calidad asistencial y la seguridad del paciente adquirieron un protagonismo sin precedentes, impulsando una revisión profunda de los modelos de atención sanitaria y sociosanitaria.

La gestión de la pandemia dejó importantes aprendizajes que han permitido replantear las estrategias de atención y reforzar la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias. En este sentido, la extracción de lecciones aprendidas ha sido fundamental para fortalecer la calidad y seguridad en la prestación de servicios asistenciales, especialmente en lo que respecta a la gestión de emergencias, la coordinación sociosanitaria y la optimización de los recursos asistenciales.

1.4. La repercusión de la pandemia del SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios

La rápida propagación del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), responsable de la COVID-19, se convirtió en un problema de salud pública a nivel mundial debido a su elevada tasa de incidencia y letalidad [53]. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia de la COVID-19, como una enfermedad que podía contraer cualquier persona, pero que no afectaba a todas por igual. En la mayoría de los países de Europa occidental, únicamente el 5% de los fallecidos por COVID-19 eran menores de 60 años, mientras que en Estados Unidos los menores de 65 años representaban el 21% de las muertes ocasionadas por el virus [54]. Los adultos mayores fueron un grupo especialmente vulnerable ante la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 ya que, con mayor frecuencia, presentaban formas más graves de la enfermedad y un peor pronóstico debido a la comorbilidad, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento. Esta es la razón por la que la pandemia de la COVID-19 también fue considerada como una emergencia geriátrica [55-57].

Los centros de adultos mayores constituyeron uno de los entornos más sacudidos por la pandemia en términos de mortalidad, representando entre el 40% y el 80% de las muertes por COVID-19 en todo el mundo [58]. Esta mayor vulnerabilidad respondió a las particularidades de los usuarios (edad, comorbilidades, necesidades de cuidados específicos) y las de los propios centros (sistemas cerrados, proximidad entre usuarios y profesionales) que actuaban como factores de riesgo para la infección y facilitaron la propagación del coronavirus, respectivamente [59]. Esta interacción hizo que el riesgo de mortalidad en los adultos mayores institucionalizados se incrementara en comparación con aquellos que, aun compartiendo la vulnerabilidad asociada a la edad, residían en otros entornos más seguros, como viviendas particulares [60].

Esta situación obligó a los centros de adultos mayores a adaptar en tiempo récord sus formas de gestión y prácticas asistenciales con el objetivo prioritario de frenar la propagación del virus. La identificación de estas modificaciones organizativas, estructurales y asistenciales, así como la reflexión a posteriori sobre su justificación e impacto fue esencial para extraer lecciones aprendidas que pudieran aplicarse en futuros brotes o pandemias o mantenerse en caso de

que supusieran una mejora con respecto a la situación pre-pandemia. Hasta donde se ha podido saber, la revisión de los aprendizajes extraídos de la pandemia de la COVID-19 en el contexto concreto de los centros de adultos mayores no se realizó, así como tampoco en el caso de otras epidemias recientes como la del SARS-CoV que emergió en noviembre de 2002 en China [61] o la del MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) originada en Arabia Saudí en el mes de abril de 2012 [62].

Lo presente no estuvo exento de aprendizajes vinculados a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente en centros sociosanitarios, por lo que en el siguiente ítem se versa sobre ello.

1.4.1. Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 en materia de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

La pandemia de COVID-19 representó un desafío sin precedentes para los sistemas sanitarios, generando sobrecarga asistencial, escasez de recursos y dificultades en la coordinación de la atención. Entre los principales impactos que afectaron la calidad y seguridad de la atención sanitaria destacan:

I. Aumento de eventos adversos.

La saturación hospitalaria y la alta demanda de atención crítica incrementaron la frecuencia de errores de medicación, infecciones nosocomiales y complicaciones derivadas de la sobrecarga del personal sanitario [63].

II. Alteración de la continuidad asistencial.

Se registraron interrupciones en la atención de pacientes crónicos, retrasos en cirugías programadas y dificultades en el seguimiento de patologías no COVID-19, comprometiendo la calidad de la atención [64].

III. Impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios.

La exposición prolongada a situaciones de alto estrés contribuyó al agotamiento, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión, afectando la seguridad de los pacientes [65].

IV. Déficits en la coordinación sociosanitaria.

La falta de integración entre los sistemas sanitario y social generó problemas en la atención de personas vulnerables, especialmente en residencias de mayores, donde la mortalidad alcanzó niveles alarmantes [66].

1.4.1.1. Aplicación de herramientas de aprendizaje en centros sociosanitarios tras la pandemia

Ante los desafíos que surgieron durante la crisis sanitaria, se desarrollaron diversos enfoques metodológicos para extraer aprendizajes y mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente en futuras emergencias sanitarias. Entre ellos, destacaron:

I. Análisis de eventos adversos y revisión de protocolos.

La pandemia obligó a los sistemas de salud a adoptar protocolos de emergencia y estrategias de triage en entornos de alta presión asistencial. El análisis retrospectivo de estos procedimientos ha permitido identificar puntos críticos y proponer mejoras en los circuitos asistenciales para garantizar una atención más segura y eficiente en futuras crisis [67].

II. Evaluación del impacto de la telemedicina.

El uso de la telemedicina se aceleró de manera significativa durante la pandemia, facilitando la atención remota de pacientes crónicos, el seguimiento domiciliario de casos leves y la reducción del riesgo de contagio en hospitales y centros sociosanitarios. Sin embargo, se identificaron brechas digitales y desigualdades en el acceso, lo que ha impulsado el desarrollo de estrategias para mejorar su implementación de manera equitativa [68].

- III. Implementación de sistemas de alerta y vigilancia epidemiológica.
El fortalecimiento de los sistemas de información en salud ha sido una de las principales lecciones aprendidas. La integración de plataformas de vigilancia epidemiológica en tiempo real ha demostrado ser fundamental para la detección temprana de brotes y la toma de decisiones basada en datos [69].
- IV. Formación en seguridad del paciente y resiliencia organizativa.
La pandemia evidenció la necesidad de reforzar la formación en seguridad del paciente, gestión de crisis y liderazgo sanitario. La capacitación en toma de decisiones en situaciones de incertidumbre y en el uso racional de recursos críticos ha sido clave para mejorar la respuesta asistencial en situaciones de emergencia [70].

Los aprendizajes extraídos de la pandemia impulsaron una transformación estructural en la atención sanitaria y sociosanitaria, con un enfoque centrado en la resiliencia del sistema y la seguridad del paciente. Entre las estrategias clave para la consolidación de estos aprendizajes, se han incluido:

- I. Revisión y actualización de planes de contingencia para garantizar una respuesta rápida y eficiente en futuras crisis sanitarias [71].
- II. Fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria, priorizando la protección de personas vulnerables en residencias y centros de larga estancia [72].
- III. Incorporación de nuevas tecnologías en la gestión asistencial, promoviendo la digitalización y el uso de IA para la optimización de recursos [73].
- IV. Enfoque en el bienestar del personal sanitario, desarrollando estrategias para la prevención del burnout y la mejora de las condiciones laborales [74].

La pandemia de COVID-19 dejó una huella profunda en la gestión de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, evidenciando tanto las limitaciones

estructurales de los sistemas de salud como las oportunidades de mejora. La extracción de aprendizajes en este contexto ha resultado fundamental para la construcción de sistemas de salud más seguros, resilientes y preparados ante futuras crisis sanitarias.

A través del análisis de los eventos adversos, la implementación de tecnologías innovadoras y la mejora en la coordinación sociosanitaria, se han sentado las bases para un modelo de atención basado en la anticipación, la prevención y la seguridad del paciente como eje central de la calidad asistencial y la mejora continua.

1.5. Aparición e incorporación de la IA como herramienta de mejora continua

En la pandemia de la COVID-19, se descubrió que, a pesar de las fortalezas del sistema nacional de salud y de la capacidad de reacción demostrada, aparecieron áreas clave de mejora de gestión, especialmente en la disponibilidad de información de calidad para la toma de decisiones [75].

Las tecnologías emergentes crearon oportunidades para los adultos mayores en términos de salud, bienestar, independencia e interacción social. Entre estas tecnologías, la IA revolucionó la forma en que las personas podían beneficiarse de una amplia gama de servicios en términos de salud, aprendizaje y comunicación [76], aunque la IA existe desde el 1956, concretamente desde la Conferencia de Darmouth, cuando el informático John McCarthy acuñó el término [77].

La IA se convirtió en un pilar importante en el campo de la asistencia sociosanitaria con aplicaciones enfocadas en la detección de caídas y accidentes, el monitoreo de salud y la gestión de medicamentos, la medicina de precisión o análisis de imágenes médicas, entre otras.

Este tipo de tecnología tiene aplicaciones que van más allá del ámbito de la asistencia sociosanitaria y desempeña un papel fundamental en el fomento de la activación y el bienestar de los adultos mayores. En este contexto, aparecieron soluciones que aporta la IA como robots [78] de asistencia y chatbot para combatir la soledad no deseada, además de soluciones que facilitan la comunicación y fomentan el aprendizaje en edades avanzadas [79].

De acuerdo con los principales analistas, el impacto de la IA en el ámbito de la salud es significativo. Según un informe de Frost y Sullivan, con IA se pueden alcanzar mejoras de los resultados en salud de alrededor del 30 – 40%, reducciones de hasta un 50% del coste de la atención del paciente y generar un fuerte impulso a la investigación de nuevos tratamientos. Esto ha generado a nivel global un gran interés en el desarrollo de IA para la salud [79].

Probablemente, no resulte exagerado afirmar que el empleo actual y progresivo de la IA represente la tecnología emergente con mayor impacto en la mejora de la calidad asistencial, tal y como lo representan la implementación de elementos derivados de la misma en la atención sanitaria. Los ejemplos que avalan tal afirmación son múltiples, asistiendo al progresivo empleo de dichas aplicaciones a modo de programas de asistencia virtual, que facilitan el comunicación entre médico y paciente, los dispositivos de monitorización asistenciales que permiten un seguimiento remoto de indicadores de salud (control del peso, actividad física, etc.) a través de dispositivos implantables en el paciente, mejorando la autonomía del mismo sobre su propio estado de salud, el desarrollo acelerado del descubrimiento de nuevos medicamentos a través de algoritmos mecanizados o el desarrollo de la cirugía robotizada que superan y agilizan la actividad quirúrgica [80].

1.5.1. Herramientas actuales de IA y su impacto en la gestión y la atención sociosanitaria

Una de las aplicaciones más destacadas en el ámbito de la sanidad es el análisis de imágenes médicas mediante algoritmos de aprendizaje profundo, que han demostrado una precisión notable en la detección de diversas patologías. Por ejemplo, en el diagnóstico precoz del cáncer de mama, la IA ha alcanzado tasas de precisión diagnóstica del 89%, superando en algunos casos la interpretación humana [81].

Además del diagnóstico por imágenes, la IA se ha integrado en sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas. Estos sistemas analizan grandes volúmenes de datos de pacientes, incluyendo historiales médicos, resultados de laboratorio y datos genómicos, para proporcionar recomendaciones basadas en evidencia que asisten a los profesionales de la salud en la selección de tratamientos óptimos [82]. Esta capacidad de procesamiento y análisis de datos mejora la precisión diagnóstica y contribuye a una atención más personalizada.

En el ámbito de la gestión sanitaria, la IA ha facilitado la automatización de procesos administrativos, como la programación de citas, la gestión de historiales médicos y la facturación. La automatización de la presentación de reclamos y la provisión de recomendaciones basadas en el análisis de datos de gestión son ejemplos de cómo la IA optimiza la eficiencia operativa en el sector salud [83]. Estas aplicaciones no solo reducen la carga administrativa para el personal sanitario, sino que también minimizan errores y mejoran la eficiencia operativa.

La monitorización remota de pacientes es otra área donde la IA ha tenido un impacto significativo. Mediante el uso de dispositivos conectados y algoritmos avanzados, es posible supervisar en tiempo real parámetros fisiológicos de pacientes con enfermedades crónicas, permitiendo la detección temprana de anomalías y la intervención oportuna [84]. Esta monitorización proactiva mejora los resultados clínicos y reduce la necesidad de hospitalizaciones, contribuyendo a una atención más sostenible.

A nivel global, la OMS ha reconocido el potencial de la IA para mejorar el acceso a los servicios de salud, especialmente en regiones con recursos limitados. La

IA puede facilitar el diagnóstico y tratamiento en áreas rurales o desatendidas, donde el acceso a profesionales médicos especializados es limitado [85]. Sin embargo, la OMS también enfatiza la necesidad de un uso ético y equitativo de estas tecnologías, asegurando que su implementación no amplíe las desigualdades existentes.

1.5.2. Beneficios de la IA en el ámbito sociosanitario

La aplicación de la IA en el ámbito sociosanitario ofrece múltiples beneficios que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas y la eficiencia de los sistemas de atención. Uno de los principales beneficios es la capacidad de la IA para detectar enfermedades en etapas tempranas, lo que permite intervenciones más efectivas y mejora los pronósticos de los pacientes [86]. Por ejemplo, en el diagnóstico de enfermedades, la IA ha demostrado ser una herramienta valiosa para la detección precoz y el inicio temprano de tratamientos [87].

Además, la IA facilita la personalización de los tratamientos, adaptándolos a las características específicas de cada paciente. Mediante el análisis de datos clínicos, los algoritmos de IA pueden identificar las terapias más efectivas para individuos específicos, aumentando la eficacia de los tratamientos y reduciendo efectos secundarios [88]. Esta medicina personalizada representa un avance significativo hacia una atención más centrada en el paciente.

En el cuidado de personas mayores y dependientes, la IA ha sido implementada en sistemas de monitorización que detectan cambios en patrones de comportamiento, caídas o emergencias médicas. Por ejemplo, Robocoach es un entrenador personal robótico de alta tecnología que ayuda a combatir el deterioro físico de las personas mayores, promoviendo la actividad física y monitoreando su bienestar [89]. Estas tecnologías permiten una supervisión continua sin ser invasivas, garantizando una mayor seguridad para los pacientes y reduciendo la carga sobre los cuidadores y el personal sanitario.

La IA también ha mejorado la eficiencia de los ensayos clínicos, acelerando el desarrollo de nuevos tratamientos. Al analizar grandes conjuntos de datos, la IA puede identificar patrones y predicciones que ayudan a seleccionar candidatos adecuados para ensayos clínicos y a monitorear los resultados de manera más efectiva. Esto no solo reduce el tiempo y los costos asociados con el desarrollo de fármacos, sino que también acelera la disponibilidad de nuevas terapias para los pacientes.

A nivel global, la IA está contribuyendo a la mejora de la salud pública mediante la vigilancia epidemiológica y la gestión de pandemias. Durante la pandemia de COVID-19, se utilizaron modelos de IA para predecir la propagación del virus, evaluar la efectividad de las intervenciones y optimizar la distribución de recursos médicos [90]. Estas aplicaciones han demostrado el potencial de la IA para apoyar la toma de decisiones en situaciones de crisis sanitaria.

La IA en el ámbito sociosanitario ofrece beneficios significativos, incluyendo la detección temprana de enfermedades, la personalización de tratamientos, la mejora de la eficiencia en la atención y el apoyo en la gestión de crisis sanitarias. Sin embargo, es esencial abordar sus desafíos relacionados con el futuro.

1.5.3. Propuestas y áreas de mejora para el futuro

A pesar de los avances en la aplicación de IA en el ámbito sociosanitario, todavía existen desafíos y áreas de mejora que deben abordarse para maximizar su impacto positivo. Uno de los principales retos es garantizar la interoperabilidad entre sistemas de IA y las infraestructuras sanitarias existentes. Actualmente, muchos centros de salud y residencias de mayores utilizan diferentes plataformas de gestión que no siempre están integradas, lo que dificulta el acceso unificado a la información del paciente y limita la eficacia de las herramientas basadas en IA [91].

Otro aspecto crucial es la regulación y la ética en el uso de IA en el sector sanitario. La recopilación y procesamiento de datos de salud plantean preocupaciones sobre la privacidad y la seguridad de la información. Es fundamental establecer marcos normativos claros que garanticen la transparencia en el uso de algoritmos y la protección de la confidencialidad de los pacientes [92]. Además, se debe fomentar el desarrollo de IA explicable, que permita a los profesionales de la salud comprender cómo se toman las decisiones algorítmicas y confiar en su aplicación clínica [93].

La capacitación del personal sanitario en el uso de herramientas de IA es otra área de mejora esencial. A pesar de los beneficios que estas tecnologías pueden aportar, su implementación efectiva requiere que los profesionales estén adecuadamente formados en su funcionamiento, interpretación y limitaciones. Programas de educación continua y formación especializada en IA aplicada a la salud serán clave para facilitar la adopción de estas herramientas en la práctica diaria [94].

La IA tiene un gran potencial para mejorar la equidad en el acceso a la atención sanitaria, pero esto solo será posible si se reducen las barreras económicas y tecnológicas que limitan su implementación en entornos con menos recursos. Se deben desarrollar estrategias que permitan democratizar el acceso a la IA en el ámbito sociosanitario, asegurando que sus beneficios lleguen a toda la población y no solo a aquellos con mayores capacidades económicas o infraestructuras avanzadas [95].

1.6. La Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente en los centros sociosanitarios: percepciones desde la visión de las partes interesadas

A pesar de que, en términos generales, los adultos mayores manifiestan la preferencia por concluir su vida en su domicilio habitual, es plausible que, con el

avance de la edad, la evolución de las condiciones físicas, psíquicas o sociales —o la confluencia del deterioro de varias de ellas— imposibilite el cumplimiento de dicha preferencia, haciendo que la opción de residir en un centro sociosanitario se convierta en una alternativa viable y necesaria.

La imagen de los centros sociosanitarios ha estado históricamente marcada por una percepción negativa, en gran medida debido a prácticas institucionales que a menudo no han logrado cumplir con las expectativas de atención personalizada ni responder adecuadamente a las necesidades emocionales y psicológicas de los residentes. Este estigma se ha visto profundizado durante la pandemia de COVID-19, periodo en el que muchos centros sociosanitarios fueron duramente criticados debido a su gestión de la crisis sanitaria. Investigaciones previas a la pandemia ya apuntaban a una baja satisfacción por parte de los residentes y familias, caracterizada por una percepción de falta de autonomía y tratamiento humanizado [96, 97].

La importancia de conocer y comprender las percepciones tanto de los familiares como de los profesionales sobre la calidad asistencial y la seguridad dentro de estos centros cobra especial relevancia en este contexto. Comprender estas percepciones de primera mano es crucial para distinguir entre los centros que actúan conforme a estándares éticos y los que no, y para identificar las áreas que requieren mejoras urgentes. La investigación en ciencias sociales y salud ha mostrado que las experiencias de los familiares y los comentarios de los profesionales del sector son esenciales para realizar un diagnóstico preciso y así formular políticas públicas y estrategias de mejora [98]. En base al Marco de Monitoreo de la Desigualdad Multidimensional de la Unión Europea [99], es posible categorizar las percepciones de calidad asistencial no solo desde un enfoque estructural, sino también desde una dimensión relacional que valore el trato humano y el respeto a las decisiones autónomas de cada residente. En este sentido, es esencial que las evaluaciones de la calidad de los servicios partan no solo de las características materiales de la infraestructura, sino también de los procesos emocionales que condicionan la atención, la participación y la socialización de los adultos mayores. Por lo tanto, conocer las experiencias y

percepciones de los familiares y los profesionales es esencial para comprender los matices de la atención en los centros. Esto permitirá, dentro del marco teórico de la literatura acreditada, identificar centros que apunten a un envejecimiento digno, activo y respetuoso para sus residentes, y aquellos que, a pesar de cubrir las necesidades básicas, no cumplen con los estándares completos de atención. En última instancia, dicha información contribuirá al diseño de intervenciones y políticas que promuevan una calidad de vida en la vejez más justa, equitativa y humana.

En este contexto, resulta imprescindible incorporar en el análisis de la calidad asistencial las percepciones directas de los profesionales y familiares. La literatura científica resalta que la evaluación en primera persona de estos actores es crucial para identificar áreas de mejora y diseñar estrategias orientadas a transformar los centros sociosanitarios en espacios que garanticen el respeto a la autonomía, la dignidad y la personalización del cuidado [100]. La inclusión de métodos cualitativos y cuantitativos para la recolección y análisis de dichos testimonios permite comprender de manera integral tanto las fortalezas como las debilidades de los modelos asistenciales actuales.

Si bien la imagen de los centros sociosanitarios se asocia habitualmente a una percepción negativa, el conocimiento directo de aquellos establecimientos que se distinguen por proporcionar un trato adecuado y respetuoso de las diversas concepciones de la vida puede llevar a considerarlos como una alternativa viable en determinados momentos de la existencia.

Ante la eventual necesidad de optar por un centro residencial, resulta fundamental disponer de instrumentos que faciliten la evaluación y diferenciación de las diversas alternativas disponibles. Dichos instrumentos deben proveer una orientación precisa respecto a las características estructurales y operativas de los centros, de modo que se posibilite la continuidad del proyecto vital, el fomento de un envejecimiento activo, la recepción de una atención personalizada y el respeto por la autonomía decisoria, independientemente de la situación individual.

La disponibilidad de información exhaustiva sobre estos aspectos proporcionaría una mayor seguridad, al permitir identificar aquellos centros que garanticen el respeto a los criterios mencionados y distinguirlos de aquellos que, si bien pueden satisfacer las necesidades básicas a un nivel adecuado —tanto teórica como prácticamente—, no aseguran el respeto a las necesidades personales de cada residente, factor fundamental para alcanzar una calidad de vida óptima.

En consecuencia, resulta imperativo analizar las percepciones relativas a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente, tanto desde la perspectiva de los familiares como de los profesionales implicados en esta tipología de recurso asistencial. Dichas percepciones pueden ser clasificadas de conformidad con el Marco de Monitoreo de la Desigualdad Multidimensional de la Unión Europea [101], herramienta que contribuye a una comprensión y sistematización más precisas de las mismas y, que establece 10 dominios clave de la vida. Este marco permite evaluar cómo las desigualdades estructurales pueden influir en la calidad asistencial en centros sociosanitarios [101]:

- Renta y condiciones económicas: Las diferencias en la financiación de los centros afectan la disponibilidad de recursos, personal y equipamiento, impactando directamente en la calidad del cuidado.
- Trabajo y calidad del empleo: La estabilidad laboral, la carga de trabajo y las condiciones en que operan los profesionales influyen en su desempeño y en la seguridad del paciente.
- Educación y competencias: La formación del personal es clave para garantizar una atención basada en buenas prácticas y reducir errores asistenciales.
- Salud y acceso a los servicios sanitarios: La equidad en el acceso a la atención médica especializada para los residentes puede marcar diferencias en su calidad de vida y bienestar.
- Conciliación de la vida laboral y familiar: Profesionales con dificultades para equilibrar su trabajo y su vida personal pueden experimentar agotamiento, lo que puede repercutir en la atención brindada.

- Seguridad física y personal: La prevención de accidentes, caídas y agresiones, así como un entorno seguro para trabajadores y residentes, es fundamental para garantizar la calidad asistencial.
- Vivienda y entorno: La infraestructura de los centros sociosanitarios debe cumplir con estándares de accesibilidad, higiene y confort para una atención digna.
- Movilidad y acceso a transportes: La facilidad con la que los familiares pueden visitar a los residentes o los profesionales pueden acceder a formación y recursos influye en la percepción de calidad.
- Participación en la sociedad: La inclusión de los residentes en actividades comunitarias y el derecho a ser escuchados en la toma de decisiones mejora su calidad de vida y autonomía.
- Acceso a la tecnología y habilidades digitales: La digitalización de los servicios sociosanitarios y la capacitación en herramientas tecnológicas pueden mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del personal.

El análisis de la percepción de calidad y seguridad en centros sociosanitarios a través de estos 10 dominios proporciona una visión integral de las inequidades existentes y su impacto en la atención recibida. Este enfoque multidimensional es clave para diseñar estrategias que reduzcan brechas y promuevan una atención más equitativa y centrada en las necesidades de los residentes y profesionales.

1.6.1. Percepción de las personas cuidadoras: contribución a la mejora del cuidado

La calidad asistencial y la seguridad del paciente son pilares fundamentales en la prestación de servicios sociosanitarios, especialmente en contextos donde los usuarios presentan condiciones de vulnerabilidad, como personas mayores y pacientes con dependencia.

La percepción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente no solo depende de la experiencia del usuario, sino que también está influida por la visión de sus familiares y las personas cuidadoras. En los centros sociosanitarios, donde las personas atendidas suelen presentar una autonomía reducida, la familia adquiere un papel clave como intermediaria entre el paciente y el equipo asistencial [102]. Su percepción sobre la calidad del servicio y la seguridad del paciente no solo influye en la confianza hacia el sistema de atención, sino que también se convierte en un indicador relevante para la evaluación y mejora de la atención sanitaria.

Desde un punto de vista teórico, la calidad asistencial ha sido analizada bajo diferentes enfoques. El modelo de Donabedian (1988) [102] es ampliamente utilizado para evaluar la calidad de los servicios de salud y se estructura en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. La estructura incluye los recursos físicos y organizativos disponibles en los centros sociosanitarios, como el personal cualificado y la infraestructura adecuada. El proceso hace referencia a la manera en que se brindan los cuidados, incluyendo la comunicación con la familia, el trato hacia los pacientes y la adherencia a protocolos de seguridad. Finalmente, el resultado abarca los efectos finales de la atención en términos de satisfacción del paciente, calidad de vida y confianza de los familiares en el servicio recibido.

Otro enfoque relevante es el de la cultura de seguridad del paciente, que se basa en la identificación de riesgos y la implementación de medidas preventivas dentro de los centros asistenciales. Según Reason (2000) [103], un sistema sanitario seguro debe contar con mecanismos que promuevan el reporte de incidentes y la mejora continua de los procesos asistenciales. En este sentido, la percepción de los familiares sobre la seguridad del paciente está estrechamente relacionada con factores como la transparencia en la información, la capacidad de respuesta ante emergencias y la confianza en el equipo de profesionales.

Desde el punto de vista de la satisfacción de los familiares, los modelos de calidad percibida propuestos por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) [104] destacan que la percepción de la calidad asistencial depende de la comparación

entre las expectativas previas y la experiencia real con el servicio. En el ámbito sociosanitario, la interacción con el personal, la comunicación sobre el estado de salud del paciente y la percepción de un entorno seguro influyen directamente en la confianza y la satisfacción de los familiares. De este modo, una percepción negativa sobre la seguridad del paciente puede generar desconfianza y reducir la adherencia al tratamiento y las recomendaciones médicas.

En los centros sociosanitarios, la familia no solo actúa como observadora de la calidad de la atención, sino que también influye en la detección de riesgos y en la prevención de eventos adversos. El modelo de seguridad participativa [105] enfatiza la importancia de involucrar activamente a los familiares en la toma de decisiones, promoviendo una comunicación efectiva entre los profesionales y el entorno del paciente. Este modelo destaca que una mayor participación de los familiares en la seguridad del paciente puede contribuir a la identificación temprana de problemas y mejorar la continuidad de los cuidados.

Desde una perspectiva organizativa, la implementación de estrategias de gestión de la calidad en centros sociosanitarios ha demostrado ser fundamental para mejorar la percepción de los familiares sobre la atención. Métodos como la mejora continua de la calidad (PHVA), la formación del personal en seguridad clínica y la aplicación de protocolos de atención centrada en la persona han sido identificados como herramientas clave para garantizar un servicio seguro y de calidad [106]. En este contexto, la percepción de los familiares sobre la calidad y seguridad del paciente también depende de la capacidad de los centros sociosanitarios para integrar prácticas de atención humanizada y garantizar el respeto por la dignidad de los usuarios.

En conclusión, la percepción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente desde la visión de los familiares representa un componente clave en la evaluación y mejora de los servicios sociosanitarios. Modelos teóricos como el de Donabedian, la cultura de seguridad del paciente y la calidad percibida ofrecen marcos de referencia sólidos para analizar este fenómeno. La integración de estrategias de comunicación efectiva, participación activa de los

familiares y prácticas de gestión de calidad resulta fundamental para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en la persona.

1.6.2. Percepción de los profesionales: experiencia en la atención de calidad

La calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen pilares fundamentales en la atención sociosanitaria, especialmente en un contexto de envejecimiento poblacional y aumento de la demanda de servicios de larga duración.

Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, la percepción de la calidad asistencial en centros sociosanitarios está influenciada por múltiples factores, incluyendo la infraestructura, los recursos humanos disponibles, la carga asistencial, las oportunidades de formación y el trabajo en equipo [102, 107]. En estos entornos, donde se atienden personas con patologías crónicas, discapacidad o dependencia, la seguridad del paciente adquiere un papel central, requiriendo protocolos estrictos para la prevención de caídas, errores en la administración de medicamentos y la aparición de infecciones nosocomiales [108].

Diferentes modelos teóricos han intentado explicar cómo los profesionales sanitarios perciben la calidad y seguridad en la atención sociosanitaria. El modelo de Donabedian (1988) [102] plantea que la calidad asistencial puede evaluarse a través de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. En el caso de los centros sociosanitarios, la estructura incluye aspectos como la dotación de personal y los recursos materiales; el proceso se refiere a la aplicación de protocolos clínicos y de seguridad; y el resultado se manifiesta en la satisfacción del paciente, la reducción de eventos adversos y la calidad de vida de los residentes. Por otro lado, la teoría de la cultura de seguridad del paciente de Reason (2000) [103] destaca la importancia del clima organizacional

y la comunicación efectiva entre los profesionales para evitar errores y mejorar la atención.

La evidencia científica ha mostrado como la percepción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios varía según la categoría profesional y la experiencia laboral de los trabajadores. Enfermeros, médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han reportado diferencias en su percepción de la seguridad, vinculadas a la carga de trabajo, la formación específica en seguridad del paciente y el grado de autonomía en la toma de decisiones [109]. Asimismo, la presencia de una cultura organizacional que promueva la notificación de incidentes y el aprendizaje a partir de los errores se asocia con una mayor confianza en la seguridad del paciente y mejores resultados asistenciales [110].

En el ámbito sociosanitario, los desafíos para garantizar una atención segura incluyen la alta rotación del personal, la insuficiente formación en seguridad clínica, la fragmentación de la continuidad asistencial y la dificultad en la implementación de prácticas basadas en la evidencia [111]. Estos factores afectan no solo la percepción de los profesionales sobre la calidad asistencial, sino también la capacidad de las instituciones para mejorar sus estándares de atención. Por ello, diversas estrategias han sido recomendadas, como la adopción de sistemas de gestión de calidad, la formación continua en seguridad del paciente y el fomento de un liderazgo clínico orientado a la mejora de la atención.

La percepción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios desde la visión de los profesionales sanitarios es un elemento clave en la evaluación y mejora de los servicios. Comprender los factores que influyen en esta percepción permite diseñar estrategias efectivas para fortalecer la cultura de seguridad, optimizar los procesos de atención y, en última instancia, garantizar el bienestar de los pacientes en estos entornos.

En este marco, la equidad constituye un eje transversal imprescindible: no solo como igualdad de acceso, sino como justicia en la experiencia y en los resultados

(equidad horizontal y vertical) atendiendo a necesidades diferenciales. En los centros sociosanitarios, las inequidades pueden emerger por características de los usuarios (nivel de dependencia, discapacidad, deterioro cognitivo, comorbilidad, género, situación socioeconómica), por factores contextuales (ruralidad/urbanidad, disponibilidad de recursos y continuidad entre niveles asistenciales) y por dimensiones organizativas y laborales (dotación y estabilidad de plantillas, cargas de trabajo, formación en seguridad). Estas condiciones modelan la percepción de cuidadores y profesionales en materia de calidad asistencial y de seguridad del paciente y, por ello, se incorporan explícitamente al análisis de dichas visiones.





2 **JUSTIFICACIÓN**

Biblioteca
UNIVERSIDAD Miguel Hernández

2. Justificación

La realización de la presente Tesis Doctoral se justifica por razones fundamentales que abordan desafíos críticos y cruciales en el ámbito sociosanitario, los cuales afectan y están íntimamente vinculados a una atención de calidad y de excelencia en esta tipología de recurso asistencial. Por lo tanto, existen importantes lagunas de conocimiento que es necesario que la investigación aborde y examine en mayor profundidad.

1. Faltan estudios sobre las lecciones aprendidas a raíz de la pandemia del SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios.

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto numerosas deficiencias en los centros sociosanitarios, evidenciando la necesidad de evaluar y mejorar las prácticas de seguridad y calidad asistencial [112, 113, 114]. A pesar de la magnitud del impacto, son limitados los estudios que analizan las lecciones aprendidas y las estrategias implementadas para mitigar los efectos de la pandemia en estos entornos. Investigaciones en este ámbito podrían proporcionar información valiosa para fortalecer la resiliencia de los centros sociosanitarios ante futuras crisis sanitarias. Esta carencia de investigaciones impide una comprensión profunda de las deficiencias y áreas de mejora en la atención sociosanitaria durante la pandemia. Abordar esta brecha es esencial para desarrollar estrategias basadas en evidencia que fortalezcan la capacidad de respuesta y resiliencia de los centros sociosanitarios ante futuras emergencias sanitarias.

2. Mayor aplicabilidad de la IA en los centros sociosanitarios.

La IA ha demostrado ser una herramienta prometedora en la mejora de la atención sanitaria, ofreciendo soluciones en áreas como el diagnóstico, la monitorización y la gestión de datos [115]. Sin embargo, su aplicación en centros sociosanitarios es aún incipiente. La IA puede contribuir significativamente en la planificación de cuidados mediante algoritmos de predicción, optimización de

operaciones y gestión de inventarios y personal. A pesar de estos avances, la adopción de la IA en centros sociosanitarios enfrenta obstáculos como la falta de infraestructura tecnológica adecuada, la necesidad de formación del personal y preocupaciones éticas relacionadas con la privacidad y autonomía de los residentes [116]. La falta de adopción de estas tecnologías en el ámbito sociosanitario representa una oportunidad para investigar y desarrollar soluciones que mejoren la calidad y seguridad de la atención.

3. Faltan estudios que aborden la percepción de Calidad Asistencial y de Seguridad del Paciente en los centros sociosanitarios.

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad en la atención sanitaria. Tradicionalmente, la investigación se ha centrado en el ámbito hospitalario y desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Sin embargo, existe una notable falta de estudios que aborden la percepción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en centros sociosanitarios, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de los pacientes y sus familiares. Estudios han destacado que los incidentes de seguridad más comunes en centros sociosanitarios están relacionados con los cuidados, el incumplimiento de prescripciones y las infecciones del tracto urinario, subrayando la importancia de abordar estos problemas desde la perspectiva de los profesionales que brindan atención directa [117]. Sin embargo, estos estudios son escasos y no abordan específicamente el contexto de los centros sociosanitarios. La falta de investigación en este ámbito limita la comprensión de las necesidades y expectativas de los pacientes y profesionales en estos entornos, dificultando la implementación de estrategias efectivas para mejorar la calidad y seguridad de la atención. Abordar esta brecha en la literatura es esencial para desarrollar intervenciones basadas en evidencia que promuevan una cultura de seguridad y mejoren la calidad asistencial en los centros sociosanitarios. Esto incluye la necesidad de estudios que exploren las percepciones de todos los actores involucrados, así como la evaluación de programas y políticas destinadas a fortalecer la seguridad del paciente en estos entornos.

4. Incorporar la voz de las personas cuidadoras y de las personas usuarias/residentes.

Existe una insuficiente consideración de las experiencias, expectativas y necesidades de quienes reciben y sostienen el cuidado cotidiano en los centros sociosanitarios. La perspectiva de las personas cuidadoras (familiares y no profesionales) y de las personas usuarias es imprescindible para comprender dimensiones clave de la calidad y de la seguridad —trato digno, intimidad y autonomía; comprensión de la información y consentimiento; accesibilidad cognitiva, cultural y lingüística; continuidad asistencial en transiciones; prevención de eventos adversos (caídas, medicación, infecciones) y manejo del dolor y del malestar— así como para identificar inequidades relacionadas con situación socioeconómica, discapacidad, deterioro cognitivo, género, origen y alfabetización en salud. Además, la carga del cuidado (tiempo, costes y desgaste emocional) condiciona la relación con el centro y la percepción de la calidad ofrecida. La limitada implantación de medidas sistemáticas de resultados y experiencias reportados por pacientes (PROMs y PREMs) y por cuidadores (CROMs) en estos entornos dificulta detectar áreas de mejora y orientar la toma de decisiones. Integrar su voz mediante metodologías mixtas, procesos de co-diseño y participación en la gobernanza del centro permitirá formular intervenciones más pertinentes, equitativas y sostenibles, desde un enfoque genuinamente centrado en la persona y la familia, alineado con la reducción de brechas injustas en calidad y seguridad.

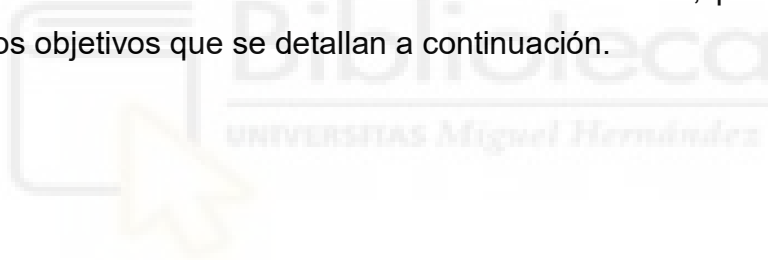
5. Es necesario explorar la visión de los profesionales de los centros sociosanitarios, respecto a las inequidades que ocurren.

Es necesario explorar la visión de los profesionales y de los familiares de los centros sociosanitarios respecto a las inequidades que ocurren en estos entornos. La percepción de calidad y seguridad del paciente en centros sociosanitarios es un aspecto crucial que influye directamente en la atención brindada. Sin embargo, existe una carencia de estudios que aborden las inequidades percibidas tanto por los profesionales como por los familiares de los

residentes. Comprender estas percepciones es esencial para identificar áreas de mejora y garantizar una atención equitativa y de calidad.

Se ha demostrado que los incidentes de seguridad más comunes en estos centros están relacionados con los cuidados, el incumplimiento de prescripciones y las infecciones del tracto urinario, lo que subraya la importancia de abordar estos problemas desde la perspectiva de los profesionales que brindan atención directa [117].

La presente Tesis Doctoral se justifica en la relevancia actual de la problemática estudiada. Se considera sumamente importante contribuir a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los procesos sociosanitarios, y a través de la investigación de las percepciones sobre estas por parte de las partes implicadas, es decir, profesionales que ejercen su praxis y familiares que tienen a un usuario residiendo en el recurso asistencial. Y, por ello, se han descrito de los objetivos que se detallan a continuación.





 **3** Biblioteca
UNIVERSIDAD Miguel Hernández

OBJETIVOS

3. Objetivos

Las lagunas de conocimiento existentes en la literatura científica sobre la percepción de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente en centros sociosanitarios y el desarrollo de soluciones tecnológicas basadas en IA han orientado los objetivos de esta Tesis Doctoral.

3.1. Objetivo general

En respuesta a las lagunas identificadas en el apartado anterior, el objetivo general de la presente Tesis Doctoral fue analizar los aprendizajes derivados de la pandemia por SARS-CoV-2, las soluciones de Inteligencia Artificial, y las inequidades percibidas por profesionales y personas cuidadoras de las personas usuarias de centros sociosanitarios, con el fin de comprender su impacto en la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente, y así contribuir a su fortalecimiento.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar las lecciones aprendidas a partir de la pandemia por SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios, con el propósito de fortalecer la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente en este tipo de recurso asistencial.
- Examinar las aplicaciones y soluciones basadas en IA implementadas en los centros sociosanitarios, analizando su impacto en la mejora de la Calidad Asistencial y la mejora de la Seguridad del Paciente.
- Analizar las inequidades presentes en los centros sociosanitarios a partir del estudio y la evaluación de la percepción de los profesionales y familiares, con el fin de comprender sus implicaciones.

3.3. Relación entre los objetivos y los estudios incluidos

A continuación, en la Figura 1 se presentan los estudios incluidos para alcanzar cada uno de los objetivos planteados, así como una breve indicación sobre la metodología seguida:



Figura 1. Resumen de objetivos, método y estudios incluidos. Fuente: Elaboración propia (2025).



4 Biblioteca
UNIVERSIDAD Miguel Hernández

METODOLOGÍA

4. Metodología

La tesis doctoral presenta una metodología mixta que combina dos estudios de revisión sistemática y un estudio con técnicas de investigación cualitativa. La figura 2 proporciona de forma resumida el método de los estudios incluidos.

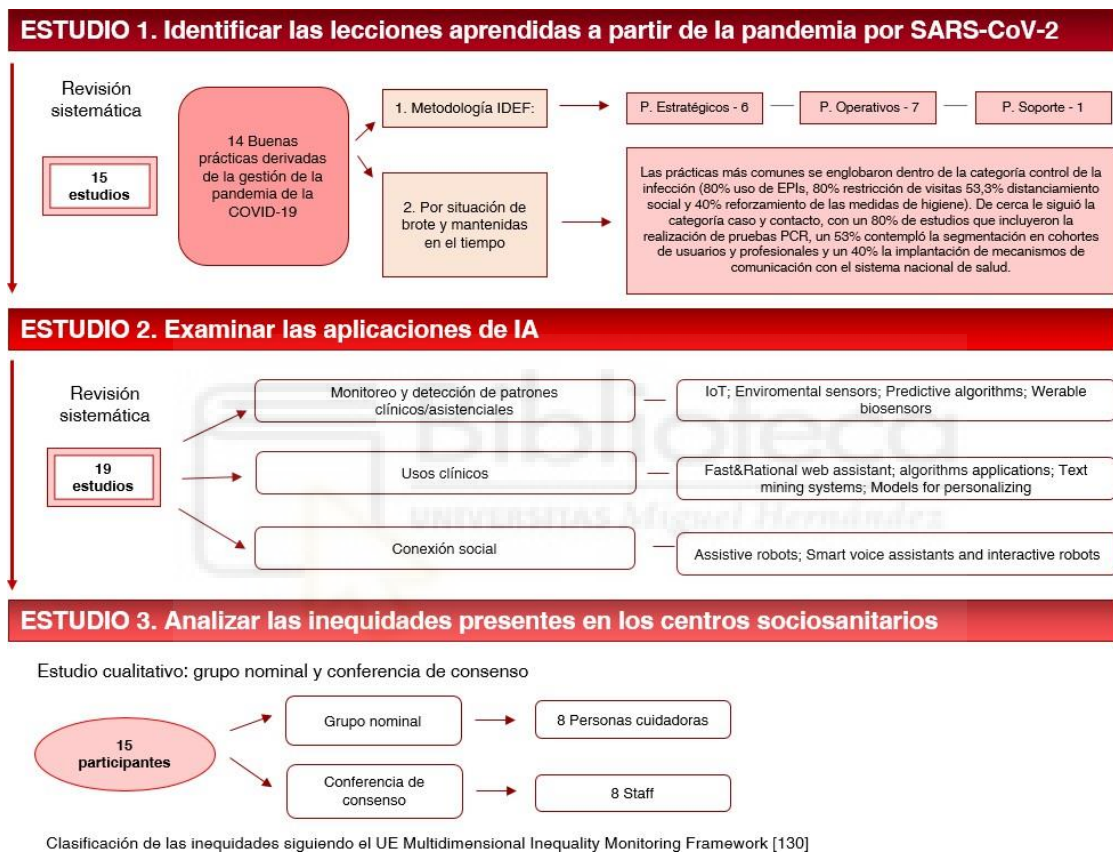


Figura 2. Resumen del método de los estudios incluidos en la tesis doctoral.
Fuente: Elaboración propia (2025).

A continuación, se presentan los estudios que conforman esta tesis doctoral, organizados según su diseño metodológico y objetivo específico. Cada uno de ellos aborda distintos aspectos sobre la percepción de calidad asistencial y la seguridad del paciente en centros sociosanitarios.

4.1. Estudio 1 – Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2

1. Identificar las lecciones aprendidas a partir de la pandemia por SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios, con el propósito de fortalecer la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente en este tipo de recurso asistencial → Objetivo 1.

El objetivo de esta revisión fue identificar y describir las buenas prácticas realizadas en los centros de adultos mayores durante la pandemia de la COVID-19 u otras epidemias recientes. Con ello se pretendía construir un repositorio de acciones que contribuyan a la mejora continua del funcionamiento de los centros de adultos mayores y refuercen su capacidad para hacer frente a posibles futuras crisis sanitarias. Todo ello, para lograr obtener una base científica que permita contribuir a la actuación ante una situación de pandemia esta tipología de recurso asistencial.

4.1.1. Tipo de estudio

Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) [118]. El protocolo para esta revisión ha sido aprobado y publicado en PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas), con número de registro CRD42021212172.

La pregunta de investigación que guio la revisión fue formulada siguiendo el marco de trabajo PICO [119]. Esta se concretó de la siguiente manera: “En centros de adultos mayores (population), ¿qué buenas prácticas (interventions) se han puesto en marcha durante los periodos de epidemia/pandemia para mejorar la gestión y la Calidad Asistencial (outcomes)?”.

4.1.2. Participantes

Se incluyeron estudios que describieron o evaluaron las lecciones aprendidas ex-traídas de la pandemia de la COVID-19 o de las dos epidemias anteriores (SARS-CoV y MERS) en los centros de adultos mayores (edad > 65 años).

Las buenas prácticas (o lecciones aprendidas) se definieron como cualquier intervención realizada con el objetivo de fomentar la adaptación del centro a la situación de pandemia o de minimizar y frenar la propagación del virus. Se incluyeron los artículos de estudios en los que se describían prácticas realizadas en centros donde residían adultos mayores institucionalizados, publicados en lengua inglesa o española entre 2002 y 2021. El límite temporal se estableció en el año 2002 coincidiendo con la aparición del SARS-CoV en la región de Guangdong, al sur de China. Tras el mismo, apareció en abril de 2012 el primer brote de MERS-CoV en Arabia Saudí. Se decidió incluir estos años en las búsquedas al considerar que la experiencia de estas epidemias pudo establecer un precedente en la aplicación de buenas prácticas en centros sociosanitarios a la hora de hacer frente a situaciones de crisis sanitarias derivadas de la aparición y expansión de virus con alto potencial infeccioso o letal.

Se excluyeron las publicaciones que analizaron la efectividad de las vacunas o de fármacos para el tratamiento de la enfermedad los factores de riesgo y la incidencia de contagios. También, aquellos que describían lecciones aprendidas en otros contextos diferentes a los centros de mayores como, por ejemplo, hospitales. En cuanto al tipo de documento, se excluyeron las cartas al editor.

4.1.3. Variables e instrumentos

Una de las autoras fue la responsable de eliminar los registros duplicados y cribar los restantes a partir de la revisión de títulos y resúmenes de acuerdo con los criterios de elegibilidad. Una vez identificados los artículos elegibles, dos de las autoras revisaron de forma independiente el texto completo de cada registro. En

caso de desacuerdo, una tercera revisora tomó la decisión. Se utilizó el gestor de referencias Mendeley para facilitar el proceso de selección de artículos.

4.1.4. Diseño y procedimiento

Se realizaron búsquedas en Embase, PubMed, ScienceDirect, ProQuest Central y Scopus, entre el 1 y el 30 de noviembre de 2021.

Se utilizaron los siguientes descriptores: nursing homes, long-term care, long-term care facilities, COVID-19; y las siguientes palabras clave: learnings, lessons, positive learnings, positive lessons, SARS, MERS, COVID-19 pandemic.

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos – SARS-CoV-2.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados
ScienceDirect	(learnings[Title/Abstract] AND (long-term care[Title/Abstract] AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract])))	93
	(lessons[Title/Abstract] AND (long-term care[Title/Abstract])) AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract]))	44
	((positive learnings[Title/Abstract] OR (positive lessons[Title/Abstract])) AND ((nursing homes[Title/Abstract])) OR (long-term care[Title/Abstract])) AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract]))	829
	TOTAL	966
ProQuest	ti(learnings) AND ti(nursing homes) OR ti(long-term care) AND ti(SARS) OR ti(MERS) NOT ti(hospital)	700
	ti(lessons) AND ti(nursing homes) OR ti(long-term care) AND ti(SARS) OR ti(MERS) NOT ti(hospital)	694
	ti(positive learnings) OR ti(positive lessons) AND ti(nursing homes) OR ti(long-term care) AND ti(SARS) OR ti(MERS) NOT ti(hospital)	878
	TOTAL	2272
PubMed	(learnings[Title/Abstract] AND ((nursing homes[Title/Abstract])) OR (long-term care[Title/Abstract])) AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract]))	252
	(lessons[Title/Abstract] AND ((nursing homes[Title/Abstract])) OR (long-term care[Title/Abstract])) AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract]))	252
	((positive learnings[Title/Abstract] OR (positive lessons[Title/Abstract])) AND ((nursing homes[Title/Abstract])) OR (long-term care[Title/Abstract])) AND ((SARS[Title/Abstract] OR (MERS[Title/Abstract])) NOT (hospital[Title/Abstract]))	212
	TOTAL	716

Scopus	(TITLE-ABS-KEY (learnings) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND homes) OR TITLE-ABS-KEY (long-term AND care) AND TITLE-ABS-KEY (sars) OR TITLE-ABS-KEY (mers) AND NOT TITLE-ABS-KEY (hospital))	49
	(TITLE-ABS-KEY (lessons) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND homes) OR TITLE-ABS-KEY (long-term AND care) AND TITLE-ABS-KEY (sars) OR TITLE-ABS-KEY (mers) AND NOT TITLE-ABS-KEY (hospital))	47
	(TITLE-ABS-KEY (positive AND learnings) OR TITLE-ABS-KEY (positive AND lessons) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND homes) OR TITLE-ABS-KEY (long-term AND care) AND TITLE-ABS-KEY (sars) OR TITLE-ABS-KEY (mers) AND NOT TITLE-ABS-KEY (hospital))	11
TOTAL		
Embase	((learnings:ab,ti AND 'nursing homes':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti) AND sars:ab,ti OR mers:ab,ti) NOT hospital:ab,ti	824
	((lessons:ab,ti AND 'nursing homes':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti) AND sars:ab,ti OR mers:ab,ti) NOT hospital:ab,ti	824
	(('positive learnings':ab,ti OR 'positive lessons':ab,ti OR 'nursing homes':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti) AND sars:ab,ti OR mers:ab,ti) NOT hospital:ab,ti	824
TOTAL		2472
TOTAL		6527

Fuente: Elaboración propia (2022).

4.1.5. Análisis de resultados

En primer lugar, se realizó una síntesis descriptiva de los artículos a partir de la recopilación de la siguiente información: título, autor, año, objetivo, tipo de estudio, muestra, descripción de la práctica o principales hallazgos y conclusiones.

En segundo lugar, se analizaron las lecciones aprendidas siguiendo la metodología IDEF0 (Integration Definition for Function Modeling: definición de la integración para la modelización de las funciones) que aborda los procesos de la organización como una serie de funciones interrelacionadas [120]. Las buenas prácticas fueron clasificadas en tres categorías en función de si hacían referencia a procesos operativos (procesos clave desarrollados en tiempo real con el usuario), estratégicos (procesos de dirección o gestión que guían la ejecución de los procesos operativos) o de apoyo (proporcionan recursos o apoyo para facilitar el resto de procesos y dan coherencia al con-junto de la organización).

En tercer y último lugar, las buenas prácticas se clasificaron de acuerdo a la categoría de intervención [121]. Los ítems de esta segmentación fueron los siguientes: caso y contacto, detección proactiva, control infección, priorización recursos y colaboración. En esta clasificación de las buenas prácticas, también se especificó atendiendo a si su aplicación se restringía a la situación de brote o, por el contrario, su mantenimiento en el tiempo estaba justificado más allá de la pandemia porque contribuía a la mejora de los procesos del centro.

4.2. Estudio 2 – Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios

2. Examinar las aplicaciones y soluciones basadas en IA implementadas en los centros sociosanitarios, evaluando su impacto en la mejora de la Calidad Asistencial y la mejora de la Seguridad del Paciente. → Objetivo 2.

El objetivo de la presente revisión fue describir las soluciones que aporta la IA en los centros sociosanitarios, y su impacto en la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente, así como identificar las contribuciones en esta tipología de recurso asistencial para adultos mayores en situación de dependencia. Todo ello, para lograr obtener una base científica que permita contribuir a la constitución de repositorio de herramientas de IA para la mejora continua de los centros sociosanitarios.

4.2.1. Tipo de estudio

Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con la declaración PRISMA [118]. El protocolo para esta revisión ha sido aprobado y publicado en PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas), con número de registro CRD42023443814.

La pregunta de investigación que guio la revisión fue formulada siguiendo el marco de trabajo PIO [122]. Esta se concretó de la siguiente manera: “En centros

de adultos mayores (population), ¿qué herramientas basadas en IA (interventions) se han utilizado para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente (outcomes)?”.

4.2.2. Participantes

Se incluyeron estudios publicados entre 2014 y 2024, en idioma inglés o español, que describieron herramientas basadas en IA como aprendizaje automático, visión por computadora o robótica, aplicadas en centros sociosanitarios para la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, con población mayor de 60 años que residieran en centros de adultos mayores y resultados reportados en términos de efectividad o aceptación.

Las herramientas se definieron como cualquier dispositivo inteligente que tuviera un componente de IA empleado y aplicado en un centro de adultos mayores con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los usuarios de dicho recurso asistencial. Se incluyeron los artículos de estudios en los que se describían prácticas realizadas en centros donde residían adultos mayores institucionalizados, publicados en lengua inglesa o española entre 2014 y 2024. Se seleccionó este periodo temporal puesto que corresponde con el “auge de la IA aplicada a sanidad” [123] y especialmente significativo por los siguientes motivos: (i) Auge del aprendizaje profundo y el Big Data. El año 2014 marca un hito en el desarrollo de tecnologías clave como el aprendizaje profundo (deep learning), que revolucionaron el campo de la IA moderna. Estas innovaciones permitieron avances en el reconocimiento de patrones en datos médicos y sociales, análisis de imágenes y señales médicas, y la integración de Big Data en salud. Estas herramientas han sido fundamentales para abordar los desafíos específicos de la atención a mayores, como la detección de caídas, el monitoreo remoto y la personalización de los cuidados [124]. (ii) Crecimiento de tecnologías específicas para adultos mayores. Durante este periodo, se desarrollaron numerosas aplicaciones de IA destinadas a mejorar la calidad de vida en los centros de adultos mayores, como los sistemas de teleasistencia y monitoreo remoto que refuerzan la seguridad de los residentes, los robots sociales y

asistentes virtuales diseñados para mitigar la soledad y apoyar el mantenimiento cognitivo o aplicaciones predictivas que permiten anticipar problemas de salud y optimizar recursos [124]. (iii) Impulso legislativo y ético. Este periodo se caracteriza por avances significativos en la regulación de la IA, especialmente en Europa, con normativas como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR). Estas regulaciones establecieron un marco ético para el uso de IA en poblaciones vulnerables, lo que estimuló investigaciones centradas en garantizar la implementación segura y equitativa de estas tecnologías en centros de mayores. (iv) Pandemia de COVID-19 como catalizador (2020 en adelante). La pandemia de COVID-19 aceleró la adopción de tecnologías basadas en IA en entornos sociosanitarios, incluyendo los centros de adultos mayores [125].

Se excluyeron las publicaciones que empleaban otro tipo de tecnología diferente a la IA, así como otras que no especificaban detalladamente el tipo de IA aplicada. También, aquellos que versaron sobre otras temáticas aplicadas de centros sociosanitarios, como son terapias, tratamientos y datos de prevalencia de enfermedad que no utilizan IA. En cuanto al tipo de documento, se excluyeron las cartas al editor, revisiones y tesis doctorales.

4.2.3. Variables e instrumentos

Una de las autoras fue la responsable de eliminar los registros duplicados y cribar los restantes a partir de la revisión de títulos y resúmenes de acuerdo con los criterios de elegibilidad. Una vez identificados los artículos elegibles, dos de las autoras revisaron de forma independiente el texto completo de cada registro. En caso de desacuerdo, una tercera revisora tomó la decisión. Se utilizó el gestor de referencias Mendeley para facilitar el proceso de selección de artículos.

4.2.4. Diseño y procedimiento

Se realizaron búsquedas en Embase, PsycINFO, PubMed, ScienceDirect, Scopus y PsicoDoc, entre el 10 y el 18 de enero de 2024.

Se utilizaron los siguientes descriptores: artificial intelligence, nursing home, long term care, geriatric nursing, machine learning, sentiment analysis; y las siguientes palabras clave: health care quality.

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos – IA.

Database	Search Query	No. of Results
Embase	'artificial intelligence':ti AND 'nursing home':ti OR 'long term care':ti OR 'geriatric nursing':ti	1318
	('artificial intelligence':ti OR 'machine learning':ti OR 'sentiment analysis':ti) AND 'nursing home':ti OR 'long term care':ti	992
	('artificial intelligence':ti AND 'nursing home':ti OR 'long term care':ti) AND 'health care quality':ti	1
PsycINFO	TI artificial intelligence AND TI nursing home OR TI long term care OR TI geriatric nursing	625
	TI artificial intelligence OR TI machine learning OR TI sentiment analysis AND TI nursing home OR TI long term care	983
	TI artificial intelligence OR TI nursing home AND TI long term care AND TI health care quality	54
PubMed	((artificial intelligence[Title]) AND (nursing home[Title])) OR (long term care[Title]) OR (geriatric nursing[Title])	2169
	((artificial intelligence[Title]) OR (machine learning[Title]) OR (sentiment analysis[Title])) AND (nursing home[Title]) OR (long term care[Title])	2141
	((artificial intelligence[Title]) AND (nursing home[Title])) OR (long term care[Title]) AND (health care quality[Title])	0
ScienceDirect	((artificial intelligence[Title]) AND (nursing home[Title])) OR (long term care[Title]) OR (geriatric nursing[Title])	6149
	((artificial intelligence[Title]) OR (machine learning[Title]) OR (sentiment analysis[Title])) AND (nursing home[Title]) OR (long term care[Title])	1100
	((artificial intelligence[Title]) AND (nursing home[Title])) OR (long term care[Title]) AND (health care quality[Title])	1176
Scopus	(TITLE(artificial intelligence) AND TITLE(nursing home) OR TITLE(long term care) OR TITLE(geriatric nursing))	8
	(TITLE (artificial AND intelligence) OR TITLE (machine AND learning) OR TITLE (sentiment AND analysis) AND TITLE (nursing AND home) OR TITLE (long AND term AND care))	29
	(TITLE (artificial AND intelligence) AND TITLE (nursing AND home) OR TITLE (long AND term AND care) AND TITLE (health AND care AND quality))	0

	TI artificial intelligence AND TI nursing home OR TI long term care OR TI geriatric nursing	9
PsicoDoc	TI artificial intelligence OR TI machine learning OR TI sentiment analysis AND TI nursing home OR TI long term care	9
	TI artificial intelligence OR TI nursing home AND TI long term care AND TI health care quality	3

Fuente: Elaboración propia (2024).

4.2.5. Análisis de resultados

En primer lugar, se recopiló la siguiente información de los artículos seleccionados: año, autor, título, objetivo principal, tipo de estudio, descripción de los dispositivos de IA, principales hallazgos y conclusión.

En segundo lugar, se describió la tecnología empleada en cada estudio, para clasificación posterior de acuerdo con su aplicabilidad. Las categorías de clasificación fueron: monitorización y detección de patrones clínicos/asistenciales, usos clínicos y conexión social.

A continuación, definieron las categorías:

- Monitorización y detección de patrones clínicos/asistenciales.
Las herramientas de IA para monitorización y detección tienen como objetivo principal el seguimiento del estado de salud de los residentes y la identificación temprana de riesgos o eventos adversos.
- Usos clínicos.
Los sistemas de IA aplicados a la práctica clínica en centros sociosanitarios incluyen herramientas de apoyo al diagnóstico, planificación del tratamiento y personalización del cuidado médico. La integración de modelos de aprendizaje automático permite evaluar datos clínicos de los residentes y generar predicciones sobre su evolución.
- Conexión social.
El uso de IA en la mejora de la interacción social de los residentes es una de las aplicaciones más recientes en el ámbito sociosanitario. Estos

dispositivos están diseñados para ofrecer compañía, estimular la conversación y participar en actividades recreativas, contribuyendo así al bienestar emocional de los residentes. Los asistentes de voz inteligentes también han sido utilizados para facilitar el acceso a información médica y mejorar la autonomía de los adultos mayores.

En tercer y último lugar, se utilizó la guía “Quality Assessment Tool” para evaluar la calidad de los estudios incluidos. La herramienta se encuentra compuesta por 14 preguntas que tratan de analizar, de manera detallada el riesgo de sesgo que pueda presentar un estudio. Dos autoras realizaron la evaluación de forma independiente y anónima. En caso de desacuerdo, se recurrió a una tercera evaluadora para determinar la calidad del estudio.

4.3. Estudio 3 – Inequidades en centros sociosanitarios

3. Analizar las inequidades presentes en los centros sociosanitarios a partir del estudio y la evaluación de la percepción de los profesionales y familiares, con el fin de comprender sus implicaciones y diseñar estrategias para su mitigación. → Objetivo 3.

El objetivo principal del estudio fue conocer las diversas percepciones de potenciales profesionales y familiares de usuarios de centros sociosanitarios sobre los elementos a mejorar para una atención que cumpla con los principios de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, así como describirla y estructurarla en los 10 dominios clave de la vida que establece el Marco de Monitoreo de la Desigualdad Multidimensional de la Unión Europea [101].

4.3.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio cualitativo basado en un grupo nominal y una conferencia de consenso, con el empleo de una entrevista semiestructurada y realizándose un análisis temático del contenido de los datos recopilado, desde la perspectiva

de quien protagoniza las vivencias, considerando la existencia de las personas implicadas.

El grupo nominal es una técnica estructurada de generación y priorización de ideas en la que un pequeño grupo de participantes trabaja con un moderador para identificar problemas, proponer soluciones y ordenarlas según su importancia. A diferencia de una discusión abierta, el proceso minimiza sesgos de dominancia y fomenta la participación equitativa. El objetivo de esta técnica es obtener un listado priorizado y consensuado de necesidades, riesgos, barreras o acciones.

Y, la conferencia de consenso es un procedimiento deliberativo y público orientado a emitir una declaración de consenso sobre una cuestión compleja (p. ej., recomendaciones clínicas u organizativas). Integra evidencia científica con la deliberación de un jurado independiente (que puede incluir profesionales y representantes de usuarios), tras escuchar a expertos y partes interesadas. El fin de esta técnica es elaborar una declaración final con conclusiones y recomendaciones, explicitando la fuerza de la evidencia y el grado de acuerdo.

El objetivo de la metodología cualitativa es comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción desde la lógica y el sentir de los actores. No obstante, desde el paradigma cualitativo también se pretende construir teoría y explicaciones a partir del método inductivo como es el caso de la teoría fundamentada, algunas etnografías o la investigación acción participativa. El paradigma cualitativo se identifica por un tipo específico de información (datos discursivos), por unas técnicas específicas de recogida de la información y por un análisis de datos que no incluye la cuantificación ni el análisis estadístico [126, 127].

4.3.2. Participantes

Entre mayo y junio de 2024 se llevó a cabo un grupo nominal y una conferencia de consenso.

Respecto al grupo nominal, se realizó de forma presencial en la Universidad Miguel Hernández (campus de Elche) y estuvo compuesto por 7 familiares de usuarios que residen en centros sociosanitarios y 1 usuario de un centro con la misma tipología. Y, respecto a la conferencia de consenso, se realizó en formato online, a través de Zoom y estuvo compuesta por 7 profesionales que desempeñan su praxis profesional en centros sociosanitarios o la han desempeñado. En la conferencia de consenso se trató de disponer de profesionales de las diferentes disciplinas sanitarias y sociales que dispone un centro sociosanitario. Los perfiles de estos profesionales eran: médico, trabajadora social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, administrativa, pinche de cocina y limpiadora.

Ambos grupos, estuvieron realizados cumpliendo una entrevista semiestructurada, confeccionada por las investigadoras del artículo.

Tabla 4. Descripción de los participantes.

N.º identificación	Centro	Profesión	Sexo
Informante 1	Cuidador	Jubilado	Hombre
Informante 2	Cuidador	Abogada	Mujer
Informante 3	Cuidador	Jubilada	Mujer
Informante 4	Cuidador	Jubilado	Hombre
Informante 5	Cuidador	Auxiliar de Veterinaria	Mujer
Informante 6	Cuidador	Administrativa	Mujer
Informante 7	Cuidador	Jubilada	Mujer
Informante 8	Cuidador	Administrativa	Mujer
Informante 9	Profesional	Médico	Mujer
Informante 10	Profesional	TCAE	Mujer
Informante 11	Profesional	Pinche de cocina	Hombre
Informante 12	Profesional	Trabajadora social	Mujer
Informante 13	Profesional	Administrativa	Mujer
Informante 14	Profesional	Limpiadora	Mujer
Informante 15	Profesional	Terapeuta ocupacional y fisioterapeuta	Mujer

Fuente: Elaboración propia (2024).

4.3.3. Variables e instrumentos

Una de las autoras fue la responsable de eliminar los registros duplicados y cribar los restantes a partir de la revisión de títulos y resúmenes de acuerdo con los criterios de elegibilidad. Una vez identificados los artículos elegibles, dos de las autoras revisaron de forma independiente el texto completo de cada registro. En caso de desacuerdo, una tercera revisora tomó la decisión. Se utilizó el gestor de referencias Mendeley para facilitar el proceso de selección de artículos.

Tanto para el grupo nominal como para la conferencia de consenso se utilizó un guion como guía para su realización (Tabla 5 y Tabla 6).

Tabla 5. Guion de preguntas – grupo nominal.

Guion de preguntas – grupo nominal

- ¿Qué información considera importante conocer (trasladada o no) al ingresar a su familiar en un centro sociosanitario en la fase del preingreso?
- ¿Qué información considera importante conocer (trasladada o no) al ingresar a su familiar en un centro sociosanitario en la fase del ingreso?
- ¿Qué información considera importante conocer (trasladada o no) al ingresar a su familiar en un centro sociosanitario en la fase de la baja del centro (por baja voluntaria o exitus)?
- ¿Qué información considera importante (trasladada o no) conocer en las situaciones que se pueden vivir más allá de la vida en el centro (salidas al hospital, visitas a su hogar, excursiones, etc.)?

Fuente: Elaboración propia (2024).

Tabla 6. Guion de preguntas – conferencia de consenso.

Guion de preguntas – conferencia de consenso

- ¿Qué inequidades considera que tienen los familiares que desean ingresar al usuario en un centro sociosanitario se encuentran en la fase del preingreso?
- ¿Qué inequidades considera que tienen los familiares que desean ingresar al usuario en un centro sociosanitario se encuentran en la fase del ingreso?

- ¿Qué inequidades considera que tienen los familiares que desean ingresar al usuario en un centro sociosanitario se encuentran en la fase de la baja del centro (por baja voluntaria o exitus)?
- ¿Qué inequidades considera que tienen los familiares que desean ingresar al usuario en un centro sociosanitario se encuentran las situaciones que se pueden vivir más allá de la vida en el centro (salidas al hospital, visitas a su hogar, excursiones, etc.)?

Fuente: Elaboración propia (2024).

4.3.4. Diseño y procedimiento

Se realizó un muestreo intencionado por bola de nieve, con el objetivo de lograr la máxima riqueza discursiva y de expertía en el grupo nominal y en la conferencia de consenso. Para la selección de participantes del grupo nominal se contactó con diversas asociaciones y organizaciones de familiares de centros sociosanitarios, lo cual llevó a conseguir los participantes en el estudio. Respecto a la conferencia de consenso, se favoreció a través de contactos con organizaciones profesionales, la obtención de las personas interesadas en participar en el estudio.

La unidad de análisis se centra en un grupo nominal y en una conferencia de consenso realizados, por una parte, con familiares de usuarios de centros sociosanitarios y, por otra, con los profesionales que realizan su praxis profesional en esta tipología de recurso asistencial. La presente estrategia metodológica se justifica por la naturaleza exploratoria del estudio, el cual trata de comprender las experiencias y percepciones de ambos grupos.

Para la recogida de información con los familiares se empleó el grupo nominal. Esta técnica se utilizó por su utilidad para lograr decisiones compartidas a raíz de opiniones individuales.

Ambos grupos fueron moderados por profesionales expertos en técnicas de investigación cualitativa. El grupo de familiares se realizó de forma presencial en un ambiente neutral fuera del centro sociosanitario. En el caso del de



RESULTADOS

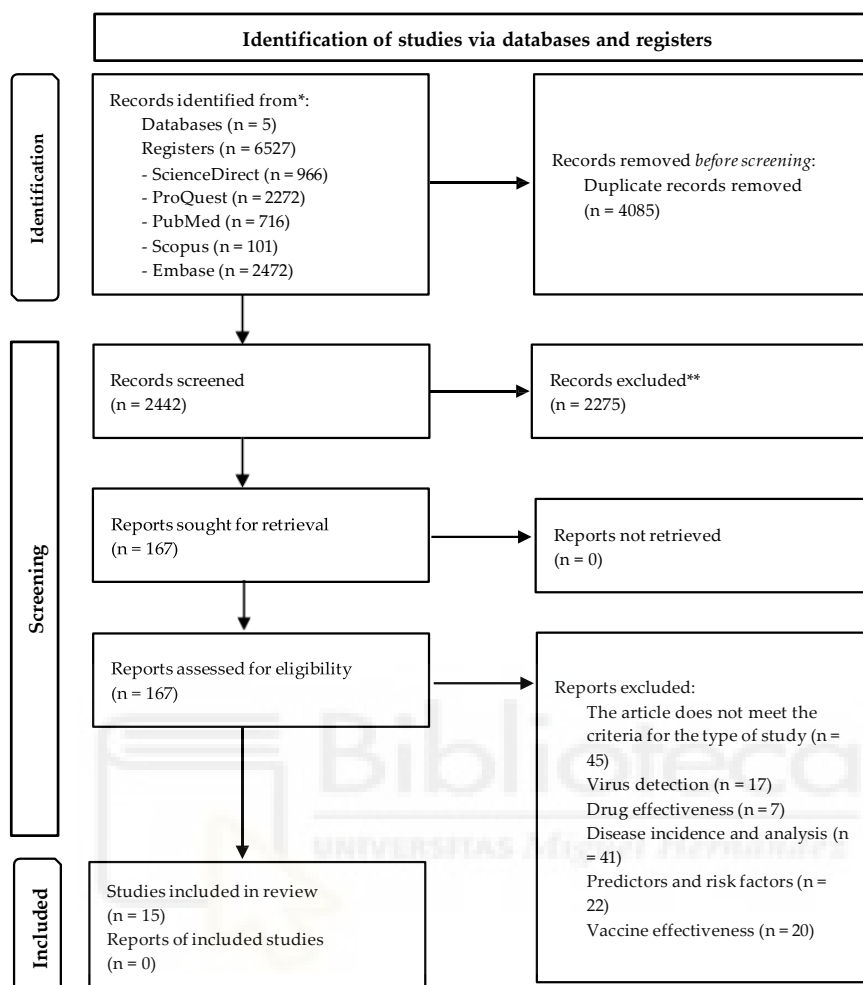
5. Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados de los estudios incluidos en esta tesis doctoral, organizados según los objetivos de investigación. Los resultados completos y los análisis detallados de los estudios pueden consultarse en los artículos originales adjuntos en los anexos.

5.1. Estudio 1 – Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2

5.1.1. Selección de estudios

Las búsquedas en bases de datos arrojaron 6527 estudios. Tras eliminar 4085 duplicados, se revisaron 2442 registros. A partir del cribado por título y resumen se excluyeron 2275 estudios, quedando 167 para la revisión a texto completo. Quince artículos fueron finalmente incluidos en la revisión, tras descartar 152 que no cumplieron los criterios de inclusión. La Figura 3 muestra el diagrama de flujo que resume el proceso de selección de estudios seguido en esta revisión y los principales motivos de exclusión.



*Considérese, si resulta viable, informar del número de registros identificados en cada base de datos o registro consultado, en lugar del total agregado de todas las bases de datos/registros.

**En caso de haberse empleado herramientas de automatización, indíquese cuántos registros fueron excluidos mediante revisión humana y cuántos lo fueron por dichas herramientas.

Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluyeron búsquedas exclusivamente en bases de datos y registros. Fuente: Elaboración propia (2022).

[118] - Tomado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

5.1.2. Descripción de los estudios

Un 33% (5 de 15) de los estudios de los estudios tenían un diseño transversal. También, un 33% (5 de 15) eran recomendaciones.

Respecto a la población de estudio, observamos, que los datos oscilan entre uno y 75 centros de adultos mayores. Por lo tanto, la distribución de la muestra es dispar.

En conjunto, los estudios incluidos en la revisión recopilaron una muestra de 7.379 residentes y 2.598 profesionales repartidos en 99 centros. Dos estudios no incluyeron participantes (profesionales o residentes) [128, 129] y un tercero entrevistó a expertos en la materia [130]. El tamaño de la muestra varió ampliamente entre estudios, siendo los de Luzón et al. [131] y Vijn et al. [132] los que aportaron un mayor número de participantes al tener alcance regional.

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios, el 33% (n = 5) fueron realizados en EE.UU., seguidos por España (n = 3), Brasil (n = 2) y Canadá (n = 2). Los tres estudios restantes fueron realizados en Arabia Saudí, Francia y Japón.

Los 15 artículos incluidos en la revisión estuvieron referidos a la pandemia de la COVID-19. No se identificó ningún estudio que analizase las lecciones aprendidas en epidemias previas como la SARS-CoV o MERS.

Tabla 7. Tabla resumen descriptivo lecciones aprendidas SARS-CoV-2 – centros sociosanitarios.

Autor/es y año	Título	Objetivos	Tipo de estudio	Muestra	Hallazgos clave	Conclusión
Alawi (2021)	Successful management of COVID-19 outbreak in a long-term care facility in Jeddah, Saudi Arabia: Epidemiology, challenges for prevention and adaptive management strategies	Informar del caso de una gestión exitosa de un brote de COVID-19 en un centro de cuidados de larga duración en el oeste de Arabia Saudí.	Estudio de caso único	1 centro de 100 camas para la atención de adultos mayores y 6 camas para una unidad de cuidados cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre del centro para admisiones y transferencias. <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de contactos • Examinar a todos los usuarios • Implementar el distanciamiento social y las publicaciones educativas en señales • Hacer cumplir la notificación al equipo de control de infecciones y al personal clínico los síntomas de los usuarios y profesionales <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de la limpieza ambiental • Hacer cumplir el uso de los EPIs • Limitar el uso del bus de la institución • Supervisar las prácticas de limpieza • Reducir el riesgo de transmisión cruzada de equipos con registro de limpieza 	Destacamos la importancia y la urgente necesidad de concienciación y formación continuada entre los trabajadores de la salud, en cuanto a las mejores prácticas en de autoprotección de los pacientes. También se debe considerar el apoyo psicológico, ya que puede dificultar la adherencia del personal a las medidas de seguridad y prevención a través de pautas que impactan en su autoeficacia
Bernabeu et al. (2021)	Effectiveness of a on-site medicalization program for nursing homes with covid-19 outbreaks	Detallar un innovador programa coordinado de medicalización in situ (MP), que se llevó a cabo en respuesta a un importante brote de COVID-19, con el objetivo de ofrecer una atención médicamente rigurosa pero también humanista a los residentes con COVID-19 en su entorno natural.	Estudio transversal y de cohortes observacional	777 adultos mayores de 4 centros de la provincia de Sevilla (España)	<ul style="list-style-type: none"> • 'Sala limpia' para trabajo clínico • Vestuario con EPIs • Pruebas universales de SARS-CoV-2 • 'Área limpia' y 'área contaminada' con habitaciones y espacios comunes • Formación específica en la atención de pacientes COVID-19 • Estudio epidemiológico para rastrear el origen de los brotes y evolución <ul style="list-style-type: none"> • Admisión electrónica de usuarios con infección • Provisión de equipos, fungibles y medicamentos • Provisión de trabajadores de la salud • Algoritmo de manejo clínico y tratamiento, y protocolo de comunicación 	El estudio muestra que un MP coordinado in situ de los hogares de adultos mayores con brotes de COVID-19 lograron mejores resultados de supervivencia y cuidados paliativos óptimos, así como la reducción de las derivaciones hospitalarias, asegurando así una atención rigurosa pero también humanista
Dys et al., (2021)	Coronavirus Disease 2019 Regulatory Response in United States-Assisted Living Communities: Lessons Learned	Examinar la respuesta normativa y política frente a la COVID-19 en los centros de assisted living y de cuidados residenciales de Estados Unidos, con el fin último de identificar las lecciones aprendidas para el futuro.	Estudio cualitativo	42 profesionales participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Los formuladores de políticas están desconectados y tienen falta de comprensión del contexto • Los administradores se quedaron para coordinar, comunicarse e implementar cambios constantes de directrices con poco apoyo. • Las organizaciones se enfrentan a conocimientos limitados y dispar de acceso a la financiación y los recursos. • Los requisitos reglamentarios a nivel estatal están en conflicto con las pautas de COVID-19 que resultan en incertidumbre sobre qué reglas seguir 	Todas las partes interesadas involucradas directa o indirectamente con la respuesta a la COVID-19 podría beneficiarse al comprender el contexto matizado de la configuración de cada centro dentro de cada provincia

Escobar et al. (2021)	Mitigation of a COVID-19 Outbreak in a Nursing Home Through Serial Testing of Residents and Staff	Describir un brote de COVID-19 en una residencia de mayores en el este de Pensilvania que fue contenido rápidamente mediante una estrategia de pruebas universales a todos los residentes y al personal de la residencia.	Estudio de caso único. Descripción de una experiencia	84 usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los operadores tuvieron que negociar un saldo de las prioridades de salud pública con la promoción de la calidad de vida y el bienestar de los residentes <ul style="list-style-type: none"> • PCR con tiempos de respuesta de 3 a 24 horas <ul style="list-style-type: none"> • Política de no visitas • Cribado de síntomas en la entrada. • Las áreas comunes residenciales fueron cerradas <ul style="list-style-type: none"> • Se cerró a nuevas admisiones. • El uso del nebulizador se cambió a dosis medida inhaladores. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluados según síntomas • Política de uso de mascarilla universal para los empleados. <ul style="list-style-type: none"> • Se abrió una unidad de aislamiento. • La atención de la rutina se proporcionó en las habitaciones. • A los residentes no se les permitió viajar entre unidades • Implementación del uso de mascarilla de todos los residentes. <ul style="list-style-type: none"> • Cuarentena en habitaciones. • Uso de protectores para los ojos para el personal clínico obligatorio. <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en unidades específicas. 	La piedra angular de las intervenciones destacadas fue la realización de pruebas en serie a todos los residentes y profesionales, independientemente de la sintomatología
Garibaldi et al. (2021)	Efficacy of COVID-19 outbreak management in a skilled nursing facility based on serial testing for early detection and control	Informar sobre una investigación y gestión exitosa de un brote, basada en prevalencias puntuales seriadas para la detección precoz y el control en un centro de cuidados especializados ubicado en una ciudad de tamaño medio del estado de São Paulo, Brasil.	Estudio transversal y de cohortes observacional	23 usuarios a largo plazo vivían en el SNF y 26 trabajadores sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación temprana de casos sintomáticos y asintomáticos y contacto rastreo • Capacitación al personal sobre el uso correcto de los equipos de protección (EPP) • Recomendación del uso de mascarillas • Las actividades fueron canceladas 	El hallazgo de que el SARS-CoV-2 tiene el potencial de propagarse rápidamente y ampliamente en los centros de adultos mayores subraya la importancia de la identificación temprana y el manejo adecuado de brotes con medidas de prevención y control
Kuzuya et al. (2020)	The Japan Geriatrics Society consensus statement "recommendations for older persons to receive the best medical and long-term care during the COVID-19"	Dar a conocer las recomendaciones éticas de la Sociedad de Geriátrica de Japón para la atención médica y de larga duración de las personas mayores, y subrayar la importancia de llevar a cabo la planificación anticipada de cuidados en fases más tempranas.	Estudio de caso único. Descripción de una experiencia		<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la mejor atención médica y a largo plazo y promover la toma de decisiones compartida <ul style="list-style-type: none"> - El derecho a "la mejor atención médica y el cuidado a largo plazo" debe ser garantizado - Debe promoverse la planificación anticipada de la atención garantizar el derecho a la "mejor atención médica y a largo plazo" hasta el fin de la vida - El cuidado al final de la vida deseado por una persona mayor la persona debe estar garantizada • Práctica concreta de la ACP durante la pandemia: 	Estas recomendaciones de la Sociedad Japonesa de Geriátrica comprenden sugerencias éticas destinadas a lograr una sociedad en la que los pacientes mayores puedan recibir la mejor atención médica y a largo plazo que se merecen, incluso durante la pandemia de COVID-19. Las recomendaciones no se refieren al tratamiento o medidas preventivas específicas para personas mayores frente al COVID-19. Más

outbreak—
considering the
timing of
advance care
planning
implementation”

- La información médica debe ser compartida con el usuario y la familia, y se requiere apoyo activo en la toma de decisiones para ser
- Es necesario asegurar la comunicación entre la persona mayor y la familia, y la atención médica y de los profesionales
- Se requiere un uso/retiro apropiado del ventilador de acuerdo con las directrices
- Proporcionar un médico y un entorno de cuidados a largo plazo y apoyo a la familia y los cuidadores
 - Es necesario considerar los deseos de los usuarios y familia para proporcionar un lugar para la atención médica y a largo plazo
 - Es necesario establecer un adecuado sistema de apoyo para el control de infecciones para personas mayores y sus familias en la comunidad
 - Es necesario brindar la atención adecuada a familias y cuidadores
- Eliminación de prejuicios/discriminación contra los involucrados en el COVID-19
 - El prejuicio y discriminación contra usuarios con COVID-19/familiares y médicos/atención y los profesionales involucrados en el tratamiento y control de infecciones deben ser eliminado

bien, su propósito es considerar el momento de la implementación de la planificación anticipada de la atención, sin mencionar la importancia de su aplicación.



Louie et al. (2021)

Lessons from Mass-Testing for COVID-19 in Long Term Care Facilities for the Elderly in San Francisco

Describir los resultados de la vigilancia, la respuesta ante brotes y las medidas de control destinadas a prevenir la transmisión de la COVID-19 en cuatro centros de cuidados de larga duración de San Francisco durante las primeras fases de la pandemia.

Estudio de caso único. Descripción de una experiencia

431 usuarios, de 4 centros de adultos mayores

- Vigilancia activa con llamadas diarias a los skilled nursing facility y uso apropiado de equipos de protección personal (EPP)
- Realización de PCR a los casos sospechosos
- Un brote se definió como al menos un caso confirmado de COVID-19
 - Investigación de contactos estrechos tras la identificación de un brote (al menos un caso confirmado de COVID-19)
 - Implementación de pruebas masivas

Nuestros hallazgos sugieren que el monitoreo basado en síntomas no es una estrategia eficaz para detectar COVID-19 entre el personal o los usuarios

Luzón et al. (2021)

La seguridad del paciente en las residencias sociosanitarias. La experiencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Describir los componentes y resultados del modelo desarrollado para el control de la infección y la intervención en brotes por SARS-CoV-2 en centros residenciales en la Comunidad Autónoma de Región de Murcia. Analizar los riesgos

Estudio de caso único. Descripción de una experiencia

63 centros de adultos mayores de la Comunidad Autónoma de Murcia (España), donde viven 4.386 en estos centros.

- Estructura:
 - Adecuar espacios físicos a modelos de cuidados más seguros
 - Menor ocupación
 - Habitaciones individuales con baño propio
 - Edificios bien ventilados con espacios abiertos
- Organización:
 - Coordinación regional capaz de organizar, coordinar recursos y sistematizar las intervenciones en centros de forma

La pandemia ha puesto de manifiesto la debilidad del sistema residencial y la falta de coordinación entre el sector sanitario y el social. Implementar cambios que aboguen por un modelo de cuidado más equitativo y adecuado a las necesidades actuales, a una complejidad que va más allá de un modelo exclusivamente

desde la perspectiva de seguridad del paciente mediante el modelo de queso suizo de causalidad de accidentes elaborado por Reason, para determinar los motivos subyacentes del impacto de la pandemia en las residencias y realizar propuestas de mejora.

- homogénea, coordinada y con una visión global
- Establecer estándares de calidad en los centros residenciales, evaluados por la administración y que sean referencia para una escala de precios en las plazas de financiación pública
- Sistematizar los pedidos de pruebas y el volcado de sus resultados
- Contar con equipos de referencia
 - Formación:
- Capacitación de las personas que trabajan en los centros en medidas preventivas, atención a la fragilidad, cuidados paliativos
- Certificación de competencias profesionales
- Profesionalización de equipos directivos
- Disposición de protocolos para el abordaje diagnóstico y terapéutico de los usuarios
- Formación específica en cuanto a la fragilidad
 - Coordinación:
- Creación de comisiones en las que intervengan todos los actores de la sanidad
- Mejora de la coordinación entre niveles asistenciales intercrisis
- Mejora de la coordinación entre los centros residenciales y la atención primaria intercrisis
 - Recursos humanos:
- Mejorar ratios de profesionales de todas las categorías
- Mejora de las condiciones de trabajo y los salarios
 - Recursos materiales:
- Disposición de los mismos recursos con los que cuentan los pacientes de la comunidad
 - Cultura sociosanitaria:
- Formación en el entorno sanitario y residencial en cuanto al final de la vida, el envejecimiento, la fragilidad y los límites de la medicina
- Planificación compartida de la asistencia con las familias y con los usuarios
 - Sistemas de información:
- Facilitación de un sistema operativo operable tanto por profesionales de los centros como por los del sistema sanitario de forma que puedan compartir información
- Creación de formularios específicos de brotes en HCE

biomédico y que tenga en cuenta las preferencias de los usuarios y de sus familias



Morales et al. (2021)	Epidemiology of COVID-19 among health personnel in long-term care centers in Seville	Analizar la epidemiología de la COVID-19 entre el personal sanitario del distrito sanitario de Sevilla (España) y evaluar su papel en los brotes ocurridos en las residencias de mayores.	Estudio transversal y de cohortes observacional. Estudio regional	4.645 profesionales y 173 centros	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización virtual de los usuarios atendidos en los centros - Propuesta de perfiles de acceso al software del hospital <ul style="list-style-type: none"> • Las fuentes de información incluyeron los registros de seguimiento <ul style="list-style-type: none"> • Realización de pruebas PCR • Recogida de variables: edad, sexo, categoría profesional, contacto estrecho confirmado con COVID-19, hospitalización, muerte, presencia de factores de riesgo, sintomatología y fechas de inicio de síntomas, aislamiento, declaración y resultados de las pruebas 	Impulsar programas de prevención del nuevo coronavirus se traducirá en un mejor control global de las infecciones en lo que respecta a los centros de atención a largo plazo que atienden a adultos mayores
Murti et al. (2021)	Investigation of a severe SARS-CoV-2 outbreak in a long-term care home early in the pandemic	Informar sobre los datos epidemiológicos, la prevención y control de infecciones (IPAC), las pruebas de laboratorio y el análisis filogenético de uno de los brotes de COVID-19 más tempranos y de mayor magnitud en una residencia de larga estancia de Ontario, así como sobre los efectos de las medidas progresivas de gestión del brote que finalmente influyeron en las directrices provinciales para la gestión de brotes en estos centros.	Estudio transversal y de cohortes observacional	Centro de mayores con 65 usuarios y 67 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones de prueba ampliadas <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de visitantes • Trabajo del personal en ubicaciones <ul style="list-style-type: none"> • Enmascaramiento universal • Definición estricta de brotes y su gestión 	Las lecciones aprendidas de este brote temprano y severo de SARS CoV-2 en un hogar de LTC han ayudado a informar las medidas provinciales actuales de prevención y brote. Se necesita detección activa y uso universal de máscaras para el personal para prevenir la introducción y propagación asintomática del SARS CoV-2 de los profesionales
Nunes EN et al. (2020)	COVID-19 in long-term care facilities for the elderly: laboratory screening and disease dissemination prevention strategies	Proponer estrategias para la investigación de esta infección en residentes y trabajadores de centros de cuidados de larga duración (LTCF), utilizando las pruebas de laboratorio disponibles en Brasil.	Estudio de caso único		<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de visitas y control de acceso de trabajadores y prestadores de servicios, con la obligación de lavado de manos completo y adecuado uso de alcohol en gel al 70%. • Tamizaje de la presencia de síntomas gripales (fiebre y síntomas respiratorios) y cambio de ropa y zapatos. • Distanciamiento. Mayor separación entre trabajadores y adultos mayores en actividades no asistenciales • Reducción actividades en grupo y comidas colectivas • Refuerzo de las medidas de higiene y limpieza para el entorno del LTCF • Recomendación del uso de mascarilla para todos los profesionales de LTCF y los adultos mayores que viven en el centro en actividades fuera del dormitorio. • Los trabajadores deben evitar el contacto con otros LTCF o servicios de salud 	Los centros de adultos deberían poder implementar estrategias de prevención del COVID-19, basadas en los siguientes principios: control y prevención de enfermedades tradicionales; Retiro de trabajadores con síntomas similares a la gripe; Traslado inmediato de residentes sintomáticos, a un establecimiento de salud con unidades de aislamiento; Realización de PCR; Tamizaje semanal de individuos asintomáticos con pruebas inmunológicas

Sacco et al. (2020)	COVID-19 in seniors: Findings and lessons from mass screening in a nursing home	Describir de manera exhaustiva los síntomas y los aspectos cronológicos de la difusión del virus SARS-CoV-2 en una residencia de mayores, tanto entre los residentes como entre los cuidadores.	Estudio transversal y de cohortes observacional	87 usuarios y 92 profesionales	<p>durante la pandemia, principalmente con confirmados casos de COVID-19 en estos lugares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en habitaciones • Ningún visitante, incluidas las familias, estaban permitidos en el centro • Paseos organizados para los usuarios uno por uno • Los usuarios podrían recibir a sus familias por teléfono o vídeo • El correo y los paquetes se almacenaron 24h antes de ser entregados a los usuarios • Implementación de medidas de higiene, incluida la limpieza y desinfección de las superficies que se tocan con frecuencia • Uso de mascarilla permanente • Estaciones adicionales de higiene de manos para los profesionales 	La expresión paucisintomática de la COVID-19 en usuarios de mayor edad, junto con la alta prevalencia de asintomáticos, justifica la realización de tamizaje masivo. Además, el hallazgo de una contaminación inicial probable traída por visitantes no profesionales fomenta medidas de aislamiento en centros de adultos mayores para romper la cadena de contaminación
Schrodt et al. (2021)	Investigation of a Suspect SARS-CoV-2 and Influenza A Mixed Outbreak: Lessons Learned for Long-Term Care Facilities Nationwide	Describir una investigación de un presunto brote mixto de gripe y SARS-CoV-2 para determinar si las prácticas inconsistentes de cohortización y control de infecciones, junto con pruebas de laboratorio no específicas, contribuyeron a la transmisión del SARS-CoV-2.	Estudio de caso único. Descripción de una experiencia	102 usuarios y 123 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de pruebas PCR • Segmentación por cohortes • Uso de equipos de protección • Comunicación el con sistema de salud • Formación específica 	Seguir estas recomendaciones puede evitar una mayor morbilidad y mortalidad.
Shrader et al., (2021)	Responding to a COVID-19 Outbreak at a Long-Term Care Facility	Describir un brote de COVID-19 en un centro de cuidados de larga duración (LTCF) de Virginia Occidental que fue el epicentro de la pandemia en ese estado.	Estudio de caso único	98 residentes y 56 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas tempranas • Aislamiento temprano • Disponibilidad diaria de médicos • Comunicación con el sistema de salud local • Enfoque centrado en la comunidad 	Se recomienda implementar una comunicación proactiva con los profesionales y las familias y aprovechar la tecnología de videollamadas disponible cuando sea posible. Los profesionales deben de estar preparados para ofrecer un estímulo adicional con comidas e hidratación intravenosa debido a la disminución significativa de la ingesta oral como resultado de los impactos psicosociales del aislamiento, independientemente del estado de COVID del adulto mayor
Vijh et al. (2021)	Evaluation of a multisectoral intervention to mitigate the risk	Proporcionar una visión descriptiva de los brotes de COVID-19 en centros de cuidados de larga	Estudio antes-después (pre-post) sin grupo de control	7 LTCF: 1144 usuarios y 1298 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación a todos los profesionales para la evaluación de los síntomas y la vinculación con las pruebas • Seguimiento riguroso de casos, rastreo de contactos y exclusión de 	Nuestro análisis de regresión demostró que la combinación de medidas de control de brotes entregadas a través de un

of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) transmission in long-term care facilities

duración (LTCF) en la región de Vancouver Coastal Health (Columbia Británica, Canadá); Evaluar la eficacia de la intervención (un conjunto de medidas de control de brotes) para reducir la transmisión posterior entre residentes y personal; y informar el enfoque continuo de salud pública para la gestión de brotes de COVID-19 en los LTCF.

- contactos de alto riesgo
- Listado de los casos nuevos y seguimiento proactivo de los resultados de la prueba de SARS-CoV-2 para todos los usuarios y los profesionales examinados el día anterior
 - Monitoreo diario de los profesionales y los usuarios para detectar síntomas
 - Umbral bajo para la prueba de SARS-CoV-2
 - Precauciones del equipo de protección individual para todos los profesionales
 - Precauciones de contacto y gotitas para casos confirmados, sospechosos o casos expuestos de COVID-19
 - Evaluación, educación y apoyo continuo de un equipo IPAC móvil dedicado a COVID-19
 - Cierre de la instalación a todas las admisiones o altas comunitarias
 - Restricción de movilidad de los usuarios, con servicio de comidas en las habitaciones
 - Cohorte de profesionales en pisos, salas o unidades específicas
 - Cohorte de casos de usuarios de COVID-19 a pisos específicos, salas, unidades o habitaciones
 - Limpieza mejorada de las instalaciones
 - Registro diario proactivo con atención regional a largo plazo
 - Despliegue de los recursos necesarios y equipos de protección individual en el momento oportuno
 - Baja barrera/acceso preferencial a las pruebas de SARS-CoV-2 y procesamiento rápido de muestras de pruebas
 - Estas medidas contra brotes se implementaron y mantuvieron mediante el uso de un enfoque basado en equipos

enfoque colaborativo se asociaron con una disminución en tasas de incidencia de COVID-19 a 14 días de la implementación en cada centro de adultos mayores.



LTC/LTCF: Centro de atención a largo plazo

Fuente: Elaboración propia (2022).

5.1.3. Síntesis narrativa. Lecciones aprendidas en los centros de mayores durante la COVID-19

La revisión de la literatura permitió identificar un total de 14 buenas prácticas derivadas de la gestión de la pandemia de la COVID-19 en los centros de mayores. De acuerdo con el método IDEF, 6 (42,85%) prácticas correspondieron a procesos estratégicos, 7 (50%) a operativos y 1 (7,14%) de soporte. En cuanto al alcance de las prácticas analizadas, 5 (38,46%) se consideraron de aplicación específica en situación de brote, mientras que las 8 restantes (61,53%) tuvieron un carácter más amplio que justificaba su mantenimiento en el tiempo como parte del desempeño de la actividad principal en el centro (Figura 4).

Referente a los procesos estratégicos, durante las diferentes olas de la pandemia resultó esencial la formación en atención al usuario con COVID-19, a través de acciones en los centros [128] y la disposición de señalética psicoeducativa sobre medidas de actuación para la disminución de la contaminación [131, 133, 134], y el establecimiento de mecanismos de comunicación y actualización de datos entre los centros residenciales y los sistemas nacionales de salud basados en sistemas de información electrónicos para el registro de casos positivos y medicamentos para el tratamiento de la COVID-19 [132, 134, 135]. Otra de las prácticas clave en la situación de brote consistió en la revisión y actualización de los protocolos existentes, así como la creación de un algoritmo común para el manejo del usuario con COVID-19 [131, 134], y el cumplimiento de medidas de protección (p. ej., correcto uso de Equipos de Protección Individual - EPIs) e higiene [131, 136].

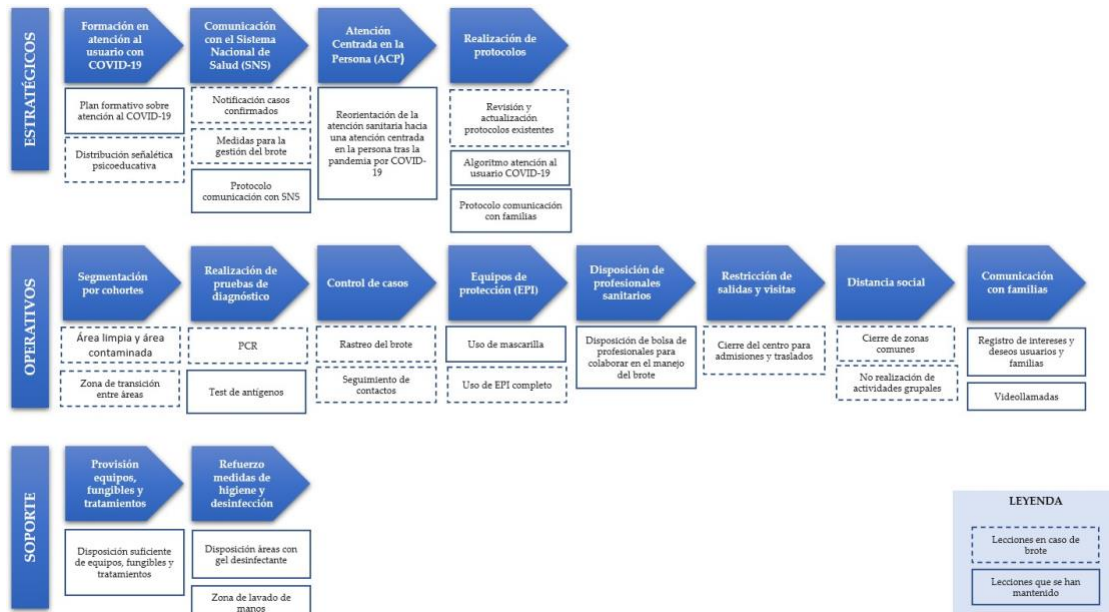


Figura 4. Buenas prácticas según la metodología IDEF. Fuente: Elaboración propia (2022).

Dentro de los procesos estratégicos, las buenas prácticas con continuidad más allá de la situación de brote incluyeron el establecimiento de nuevos protocolos de organización del centro y atención al usuario, el establecimiento de nuevos mecanismos de comunicación con las familias de los residentes (registro de necesidades y videollamadas usuario-familia) [137] y la implantación o el fortalecimiento de las acciones dirigidas a la provisión de una atención centrada en la persona [135, 138].

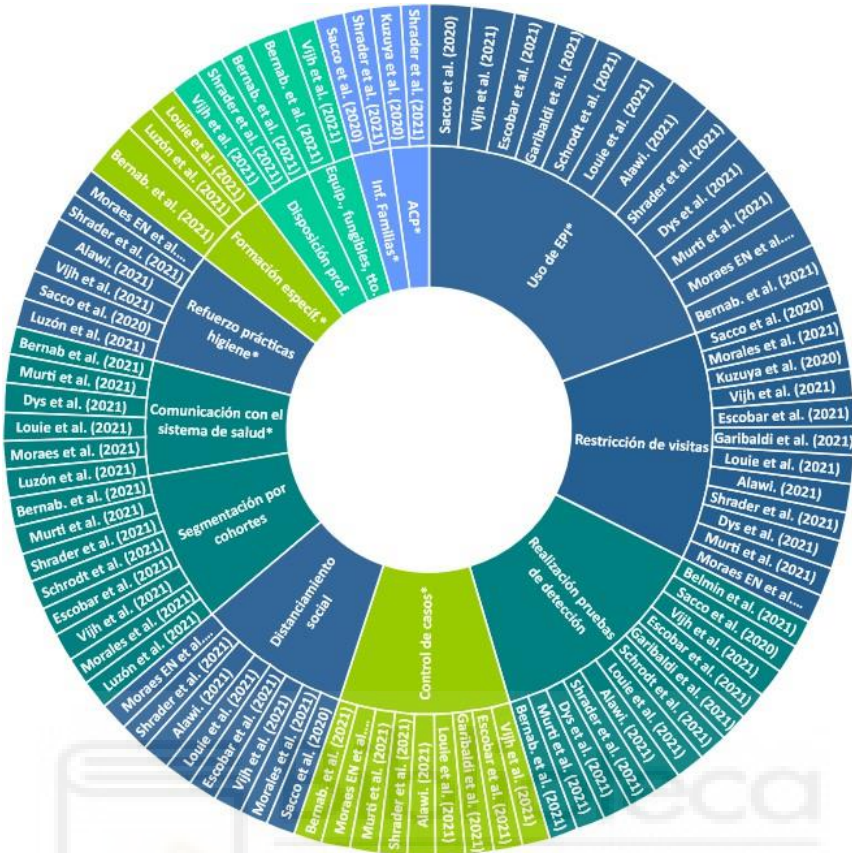
En cuanto a los procesos operativos, la realización sistemática de pruebas PCR a los usuarios con sintomatología compatible con la COVID-19 fue la práctica más generalizada en los centros de mayores como principal mecanismo para la detección de casos positivos y el control de la infección [128-130, 136, 139, 140].






La pandemia de la COVID-19 ha motivado el refuerzo de las prácticas de higiene y desinfección [128, 131, 132, 135] incluyendo el establecimiento generalizado de estaciones adicionales de higiene de manos en todas las estancias de los

centros de mayores [141]. Estas medidas es probable que se mantengan en el tiempo formando parte de la rutina diaria del centro.

En cuanto a los procesos de soporte, las prácticas identificadas fueron la provisión de equipos de protección, fungibles y tratamientos para su uso por parte de los profesionales y usuarios [132, 134] y la dotación de medicación por parte del sistema nacional de salud [131]. También, y de especial mención es el refuerzo de prácticas de higiene y desinfección de los entornos y zonas de los centros [132, 134, 137].

La Figura 5 muestra aquellas buenas prácticas que aparecieron de forma independiente en al menos dos de los estudios incluidos en la revisión. De acuerdo con la propuesta de Vijn et al., 2021, [132] las prácticas más comunes se englobaron dentro de la categoría control de la infección (80% uso de EPIs, 80% restricción de visitas 53,3% distanciamiento social y 40% reforzamiento de las medidas de higiene). De cerca le siguió la categoría caso y contacto, con un 80% de estudios que incluyeron la realización de pruebas PCR, un 53% contempló la segmentación en cohortes de usuarios y profesionales y un 40% la implantación de mecanismos de comunicación con el sistema nacional de salud. Un menor número de prácticas correspondieron a las categorías colaboración (60% control de casos, 13,3% atención centrada en la persona y 13,3% información y comunicación con las familias), priorización de recursos (20% refuerzo de recursos humanos con incorporación de nuevo personal y 13,3% aprovisionamiento de equipos y material fungible) y detección proactiva (13,3% formación específica a profesionales para en el manejo de usuarios COVID-19 y medidas de protección e higiene).



Leyenda	
	Caso y contacto
	Detección proactiva
	Control infección
	Priorización recursos
	Colaboración

*	Prácticas mantenidas a lo largo del tiempo
Sin *	Prácticas para emplear en caso de brote en el centro

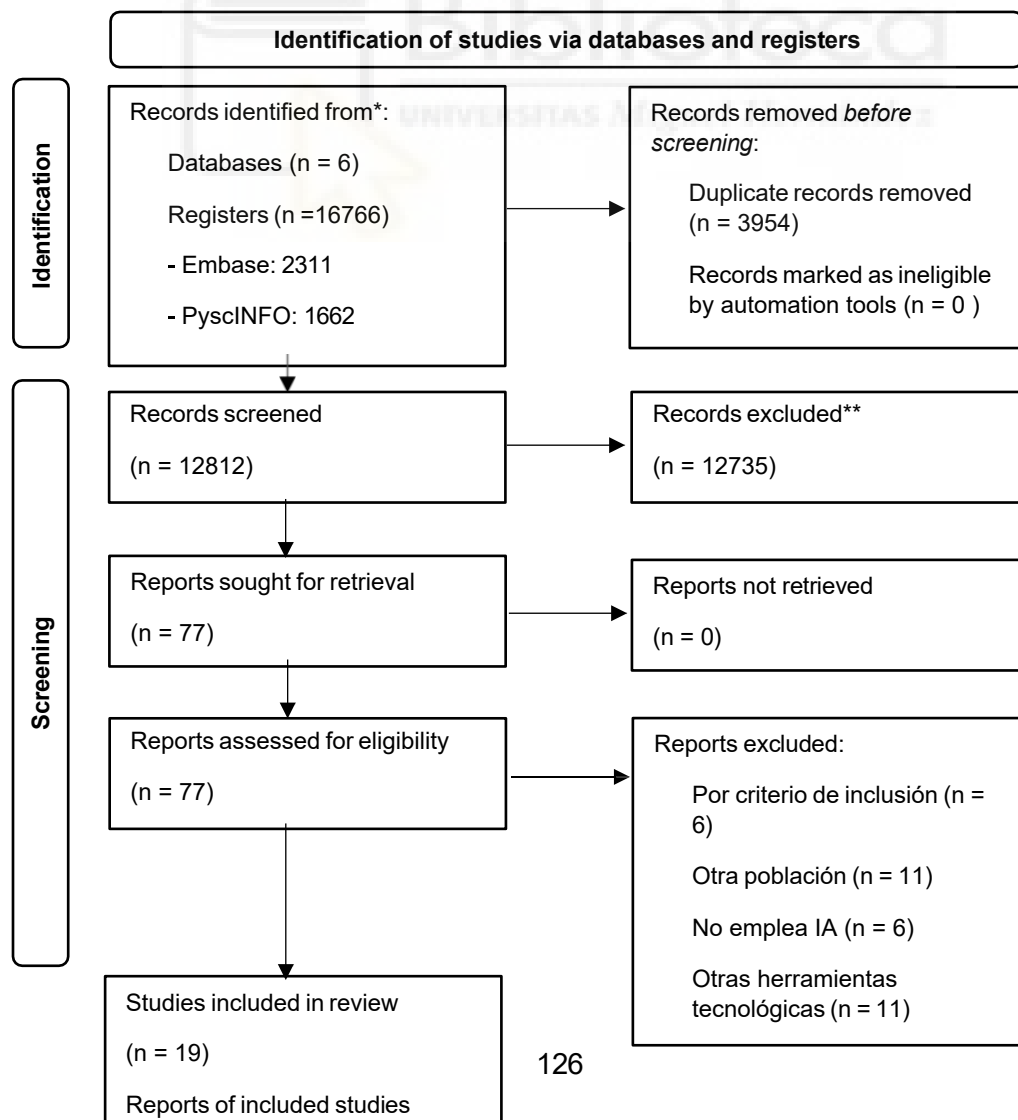
EPI: Equipo de Protección Individual // ACP: Atención Centrada en la Persona // Bernab.: Autor – Bernabeu et al.

Figura 5. Tabla de resultados por situación de brote y mantenidas en el tiempo.
Fuente: Elaboración propia (2022).

5.2. Estudio 2 – Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios

5.2.1. Selección de estudios

Las búsquedas en bases de datos arrojaron 16766 estudios. Tras eliminar 3954 duplicados, se revisaron 12812 registros. A partir del cribado por título y resumen se excluyeron 12735 estudios, quedando 77 para la revisión a texto completo. 19 artículos fueron finalmente incluidos en la revisión, tras descartar 58 que no cumplieron los criterios de inclusión. La Figura 6 [118] muestra el diagrama de flujo que resume el proceso de selección de estudios seguido en esta revisión y los principales motivos de exclusión.



Included

*Considérese, si resulta viable, informar del número de registros identificados en cada base de datos o registro consultado, en lugar del total agregado de todas las bases de datos/registros.

**En caso de haberse empleado herramientas de automatización, indíquese cuántos registros fueron excluidos mediante revisión humana y cuántos lo fueron por dichas herramientas.

Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas que incluyeron búsquedas exclusivamente en bases de datos y registros. Fuente: Elaboración propia (2022).

[118] - Tomado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

5.2.2. Descripción de los estudios

En la revisión sistemática se identificaron y clasificaron 19 estudios según su diseño. El 21.05% [142-148] correspondieron a diseños observacionales, de los cuales un 5.26% [142] fue descriptivo y un 15.79% [143-148] fueron analíticos. Los estudios experimentales representaron el 26.32% [149-153], incluyendo ensayos controlados aleatorizados, estudios experimentales en entornos reales y estudios prospectivos. Además, el 10.53% [154, 155] fueron híbridos o exploratorios, combinando aspectos observacionales y experimentales, como minería de texto y enfoques metodológicos conceptuales. Por último, los estudios tecnológicos y de modelado predictivo representaron el 42.11% [156- 163], destacándose el uso de aprendizaje automático y tecnologías innovadoras en el ámbito socio-sanitario. Esta clasificación evidencia una predominancia de estudios tecnológicos y experimentales en la aplicación de IA en centros socio-sanitarios.

La mayoría de los estudios incluyeron muestras grandes (más de 500 residentes, 47.37%) [142, 160, 163] o se realizaron en múltiples centros (2 a 28 centros, 31.58%) [156, 163], lo que destaca un enfoque robusto en la generalización de los resultados. Sin embargo, un porcentaje significativo (31.58%) se centró en muestras pequeñas o únicas instalaciones [149, 150, 154, 155], lo que sugiere la importancia de estudios piloto en la evaluación inicial de tecnologías basadas en IA en entornos sociosanitarios. Esta distribución evidencia un equilibrio entre la exploración de muestras representativas y la aplicación específica en contextos controlados.

En este estudio, los estudios incluidos se clasificaron según el país en el que se llevaron a cabo. Estados Unidos fue el país con mayor representación, con 6 estudios (31.58%) [142, 156, 157, 159, 160, 161], incluyendo análisis en 255 residentes de 28 centros de la costa oeste [156], 1,146 centros en Massachusetts, Georgia y Nueva Jersey (con validación en 1,021 centros en California) [160], así como un estudio nacional abarcando los 3,108 condados contiguos de los Estados Unidos [142]. Corea del Sur ocupó el segundo lugar con 5 estudios (26.32%) [144, 145, 147, 150, 151, 153, 158], destacándose muestras como 33 residentes en un centro de atención a largo plazo [150], 60 centros en 17 provincias [158], y estudios relacionados con análisis de grandes cohortes de residentes [144, 146]. Canadá presentó 3 estudios (15.79%) [149, 154, 155], incluyendo el análisis de 80,784 residentes en centros de atención en Ontario [149] y 74 adultos mayores en tres centros ubicados en Montreal y Ottawa [154]. Otros países estuvieron representados con 1 estudio (5.26%) cada uno, como España (60 residentes en dos centros de adultos mayores en Madrid) [153], Austria (350 residentes con demencia y multimorbilidad en un hospital geriátrico en Viena, junto con 465 empleados) [155], Países Bajos (125 entrevistas realizadas en cinco organizaciones de atención a largo plazo) [148], Australia (18 entrevistas con desarrolladores de IA, empleados de centros de atención y defensores de derechos) [163], Turquía (99 residentes en un centro sociosanitario en Ankara) [143] y China (2,512 residentes en 14 centros de

atención a largo plazo) [144]. Un estudio adicional se realizó en un centro rural, pero sin especificar el país [152].

Los estudios se distribuyeron según los años de publicación, con un enfoque predominante en investigaciones recientes. La mayoría de los estudios se publicaron entre 2020 y 2023, representando el 84.21% (16 de 19) [142-156, 158-161, 164] del total, lo que destaca el interés creciente en la integración de IA en centros sociosanitarios en los últimos años. Específicamente, 2022 es el año con mayor número de estudios, con un 31.58% (6 de 19) [144, 149, 150, 154, 156, 158], seguido de 2023 con un 26.32% (5 de 19) [143, 144, 148, 151, 163]. Los años 2020 y 2021 representaron el 10.53% (2 de 19) [158, 161] cada uno, mientras que un 5.26% (1 de 19) corresponde a 2019 [157] y otro 5.26% (1 de 19) [155] a 2017, lo que indica que la exploración en este campo ha sido más intensiva en los últimos tres años. Cabe destacar que el autor Lee et al. ha participado en tres estudios distintos en los años 2020, 2021 y 2022, evidenciando una continuidad en su contribución al uso de machine learning en entornos de atención a largo plazo. Estos estudios abordan aplicaciones de machine learning en la investigación de residencias de ancianos, la identificación de factores de riesgo de úlceras por presión y factores asociados con la positividad de pruebas de SARS-CoV-2, lo que refuerza su enfoque en problemas relevantes en este contexto.

Esta distribución temporal reflejó el avance y la consolidación de la IA como una herramienta clave en la mejora de la atención sociosanitaria, especialmente en años recientes.

Tabla 8. Tabla resumen descriptivo estudios IA – centros sociosanitarios.

Author y año	Título	Objetivo principal	Tipo de estudio	Muestra	Dispositivo/s	Hallazgos clave	Conclusión
Yilmaz et al. (2023)	Mejorar la atención primaria para residentes de centros sociosanitarios mediante un asistente web de uso racional de medicamentos asistido por IA	Evaluar los regímenes farmacoterapéuticos de residentes utilizando un asistente web de uso racional de medicamentos basado en IA	Estudio observacional analítico y transversal	N = 99 residentes de una residencia; datos recogidos en un centro sanitario de Ankara (Turquía)	Asistente web basado en IA para uso racional de medicamentos (Fast&Rational)	El 88,9% de los residentes presentaba polifarmacia (≥5 fármacos). Interacciones farmacológicas contraindicadas en el 20,2%	El asistente web basado en IA fue más eficaz y rentable que los métodos manuales tradicionales
Lavin et al. (2022)	Intervención con robot humanoide vs. tratamiento habitual para la soledad en residencias: protocolo de un ensayo clínico aleatorizado piloto	Evaluar los efectos de la intervención con el robot humanoide Grace en la reducción de la soledad y la mejora de la salud mental de personas mayores en residencias	Ensayo clínico aleatorizado piloto (ECA) con evaluadores enmascarados	N = 74 personas mayores de tres residencias en Montreal y Ottawa (Canadá)	Robot humanoide Grace (Awakening Health/Hanson Robotics)	—	Se prevé que robots como Grace sean una solución viable para combatir la soledad y mejorar la salud mental en estos entornos
Son et al. (2022)	Aprendizaje automático para identificar conductas psicomotoras del delirium en residentes de cuidados de larga duración	Desarrollar modelos de aprendizaje automático precisos y explicables para identificar tres tipos de conductas psicomotoras del delirium	Estudio piloto prospectivo con desarrollo y validación de modelos de aprendizaje automático	N = 33 residentes de un centro de cuidados de larga duración en Corea del Sur	Múltiples algoritmos: cuatro de aprendizaje basado en reglas y cuatro de aprendizaje estadístico	El algoritmo LEM2 obtuvo la mejor F1 ponderada (96,55%). Se identificaron factores predictivos clave de los tres subtipos de delirium	Los modelos de aprendizaje automático pueden mejorar la detección precoz del delirium en residencias
Wang y Hsu (2023)	Integración de inteligencia artificial y sistema IoT vestible en entornos de cuidados de larga duración	Desarrollar e integrar un sistema sanitario basado en IA e IoT en contextos de cuidados de larga duración	Estudio de desarrollo e implementación tecnológica en entornos sociosanitarios	Residentes de centros de larga duración (sin especificar tamaño muestral)	Sistema IoT portátil con sensores fisiológicos y plataforma de IA en edge computing	La combinación de IA e IoT permitió la monitorización continua de residentes	La integración de IA y wearables IoT mejora la seguridad, la calidad de la monitorización y la eficiencia asistencial
Dermody y Fritz (2019)	Marco conceptual para clínicos que trabajan con IA y hogares inteligentes asistenciales	Desarrollar un marco conceptual que guíe a profesionales sanitarios, especialmente enfermeras investigadoras, en la integración de IA y hogares inteligentes asistenciales	Estudio conceptual y metodológico basado en el realismo crítico y el pragmatismo	—	Hogar inteligente asistencial	Propone el marco CIL-AI, que integra la pericia clínica de enfermería en el entrenamiento de la IA; introduce el "Método Fritz", que combina datos cuantitativos de sensores	La participación de enfermeras y clínicos en el desarrollo de IA para hogares inteligentes es esencial para mejorar la precisión y utilidad de estos sistemas
Chou (2020)	Un marco colaborativo con inteligencia artificial para cuidados de larga duración	Desarrollar un marco colaborativo basado en IA para abordar la escasez de personal y mejorar la adaptación a las necesidades de mayores frágiles	Estudio de desarrollo e implementación tecnológica	N = 68 participantes en una encuesta de percepción del marco propuesto	Modelo de IA con reglas de asociación y algoritmos de clasificación, junto con aplicaciones móviles para facilitar la colaboración	La integración de IA en cuidados de larga duración puede optimizar la asignación de recursos humanos y la atención personalizada	La IA puede mejorar la gestión de cuidados de larga duración al posibilitar una asignación más eficaz de cuidadores y recursos

Gannod et al. (2019)	Sistema de recomendación con aprendizaje automático para personalizar evaluaciones de preferencias y potenciar la atención centrada en la persona en residencias	Desarrollar un sistema de recomendación basado en aprendizaje automático para personalizar la evaluación de preferencias de residentes	Estudio de desarrollo y validación de modelo	N = 255 residentes de 28 centros para mayores en la costa oeste de EE. UU.	Sistema de recomendación basado en aprendizaje automático	Se alcanzó una exactitud del 79,2% y una exhaustividad (recall) del 80,2% en la predicción de preferencias individuales	La IA puede mejorar la evaluación de preferencias individuales en centros sociosanitarios al personalizar los cuestionarios
Lee et al. (2020)	Aplicación de métodos de aprendizaje automático en investigación sobre residencias	Comparar seis métodos de aprendizaje automático para predecir caídas en centros para mayores	Estudio de modelización predictiva con datos reales de centros para mayores	N = 60 centros para mayores en 17 provincias de Corea del Sur	Comparación de seis algoritmos de aprendizaje automático para predicción de caídas	Random Forest (RF) obtuvo la mayor exactitud (88,3%), seguido de regresión logística y SVM lineal y polinómica (86,7%)	RF es el algoritmo más eficaz para predecir caídas en residencias; deben considerarse factores personales (medicación, deterioro cognitivo) y organizativos (n.º de residentes, capacidad)
Lee et al. (2022)	Factores asociados a la positividad de SARS-CoV-2 en residencias: análisis de cohorte poblacional con aprendizaje automático Identificación de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en residentes de residencias mediante métodos de aprendizaje automático	Emplear aprendizaje automático para identificar factores predictivos de infección por SARS-CoV-2 en residentes de Ontario (Canadá)	Análisis de cohorte poblacional con algoritmos de aprendizaje automático	N = 80.784 residentes de centros de larga duración en Ontario (Canadá)	Algoritmo XGBoost (eXtreme Gradient Boosting) basado en árboles y técnicas de conjunto	Los factores comunitarios explicaron gran parte del riesgo de infección; también influyeron factores individuales y características del centro	Los modelos de aprendizaje automático predicen con precisión el riesgo de infección por SARS-CoV-2 considerando factores individuales y comunitarios
Lee et al. (2021)	Pronóstico médico de enfermedades infecciosas en residencias aplicando aprendizaje automático a datos clínicos recogidos en microservicios en la nube	Comparar distintos métodos de aprendizaje automático para predecir factores de riesgo asociados a úlceras por presión	Estudio de modelización predictiva con validación de múltiples algoritmos	N = 60 centros para mayores en Corea del Sur	Comparación de seis algoritmos de aprendizaje automático para predecir el riesgo de úlceras por presión	Random Forest (RF) alcanzó la mayor exactitud (81,4%)	RF fue el más eficaz para predecir úlceras por presión; se identificaron factores críticos a nivel organizativo e individual
Garcés-Jiménez et al. (2021)	Predicción del riesgo de infección por COVID-19 y factores de riesgo asociados en residencias: un enfoque de aprendizaje automático	Desarrollar un sistema basado en IA y servicios en la nube para predecir enfermedades infecciosas en centros para mayores	Estudio experimental con sistema biomédico de captura de datos y análisis predictivo basado en aprendizaje automático	N = 60 residentes de dos centros para mayores en Madrid (España)	Sistema de monitorización con biosensores y algoritmos de aprendizaje automático para clasificación de enfermedades infecciosas	El modelo Random Forest (RF) fue el más eficaz, con la mayor exactitud en la clasificación	La combinación de biosensores, aprendizaje automático y computación en la nube permite detectar enfermedades infecciosas antes de que los síntomas se agraven
Sun et al. (2020)	Predicción de caídas en centros de larga	Desarrollar un modelo de aprendizaje automático para predecir el riesgo de infección por COVID-19 en centros de larga duración	Estudio de cohorte retrospectivo con modelo de aprendizaje automático	N = 1.146 centros para mayores en Massachusetts, Georgia y Nueva Jersey con datos a 20/04/2020	Algoritmo Gradient Boosting (XGBoost) basado en árboles para clasificación binaria	AUC de 0,729 en validación cruzada 10-fold y 0,721 en validación prospectiva (precisión de moderada a alta)	El aprendizaje automático puede cuantificar y predecir el riesgo de COVID-19 en residencias; los factores comunitarios y estructurales del centro son clave
Thapa et al. (2022)		Implementar algoritmos de aprendizaje	Estudio retrospectivo	N = 2.785 residentes de diversas	XGBoost (optimización por gradiente extremo);	XGBoost mostró la mayor precisión predictiva; el número	La IA puede mejorar la predicción del riesgo de

	duración: estudio de aprendizaje automático	automático para predecir el riesgo de caídas en residentes de larga duración	basado en datos de HCE de múltiples centros	instalaciones de Juniper Communities (EE. UU.)	comparación con otros modelos de aprendizaje automático	de medicaciones activas fue el factor de riesgo más importante	caídas en centros sociosanitarios; los datos de HCE en tiempo real permiten una monitorización más precisa y automatizada
Hacking et al. (2022)	Minería de texto en cuidados de larga duración: exploración de la utilidad de la IA en un entorno residencial	Explorar la utilidad de la minería de texto en el análisis de datos narrativos recogidos en centros para mayores	Estudio exploratorio aplicando enfoques de minería de texto a datos cualitativos de entrevistas	N = 125 entrevistas en cinco organizaciones de larga duración en los Países Bajos	Técnicas de minería de texto aplicadas a datos narrativos	Las palabras más frecuentes fueron predominantemente positivas; el análisis de sentimiento mostró que la mayoría de las entrevistas eran neutrales; se identificaron diferencias en percepciones entre grupos	La minería de texto es una herramienta valiosa para evaluar la calidad percibida de la atención en residencias
Hebesberger et al. (2017)	Robot autónomo de larga duración en un hospital de cuidados: estudio de métodos mixtos sobre aceptación social y experiencias de personal y mayores	Evaluar la aceptación social y la experiencia de uso de un robot autónomo en un hospital geriátrico	Estudio de métodos mixtos: observaciones, entrevistas y encuestas en un entorno real	N = 350 residentes con demencia y multimorbilidad en el Hospital Geriátrico Haus der Barmherzigkeit (Viena, Austria)	Robot autónomo SCITOS	Interés inicial positivo de personal y residentes; la falta de interacción verbal redujo la aceptación con el tiempo. El 53% del personal no querría compartir su espacio de trabajo con un robot; el 65% consideró útil su implementación	La aceptación del robot fue ambivalente; se requieren mejoras en la interacción humano-robot, especialmente en el reconocimiento de órdenes verbales y la predictibilidad de movimientos
Neves et al. (2023)	IA en cuidados de larga duración: promesa tecnológica, ansiedades del envejecimiento y edadismo sociotécnico	Examinar cómo se perciben, diseñan, implementan y cuestionan las tecnologías de IA en centros de larga duración	Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas con diversos agentes	N = 18 entrevistas realizadas en Australia	No centrado en un dispositivo específico; evaluación del impacto general de la IA en cuidados de larga duración	Narrativas optimistas sobre la IA; preocupaciones relacionadas con el envejecimiento y su implementación; edadismo sociotécnico; crítica al enfoque tecnodirigido	La IA en cuidados de larga duración está influida por discursos edadistas que condicionan cómo se considera a los residentes en su desarrollo y aplicación
Wang et al. (2023)	Modelo de predicción de riesgo de sujeciones físicas en personas mayores en residencias de larga duración: estudio de aprendizaje automático	Desarrollar un modelo de predicción basado en aprendizaje automático para identificar mayores en riesgo de ser sometidos a sujeciones físicas	Estudio de modelización predictiva con algoritmos de aprendizaje automático y datos de residentes	N = 2.512 personas mayores en 14 residencias de larga duración en China	Diversos algoritmos de aprendizaje automático; mejor desempeño del modelo Gradient Boosting Machine (GBM)	GBM obtuvo el mejor rendimiento; el modelo superó a métodos tradicionales y permitió identificación temprana de residentes de alto riesgo	El aprendizaje automático puede mejorar la identificación de riesgo de sujeciones físicas y facilitar intervenciones preventivas
Reddy et al. (2022)	Explicación de la accesibilidad espacial a cuidados de calidad en residencias de EE. UU. mediante aprendizaje automático	Medir y cartografiar la accesibilidad a cuidados residenciales de alta calidad en todos los condados contiguos de EE. UU.	Estudio observacional con técnicas de aprendizaje automático aplicadas a datos públicos	N = 3.108 condados de los Estados Unidos contiguos	Técnica de aprendizaje automático: post-lasso imputado	Patrones espaciales claros en la accesibilidad a cuidados residenciales de alta calidad	La accesibilidad a servicios residenciales de alta calidad varía significativamente según factores geográficos y sociodemográficos
Flores-Martin et al. (2020)	Residencias inteligentes: arquitectura de autogestión basada en IoT y aprendizaje automático para áreas rurales	Desarrollar una arquitectura de autogestión basada en IoT y aprendizaje automático para residencias inteligentes en zonas rurales	Estudio experimental con implementación y prueba de una arquitectura tecnológica en un entorno rural real	Implementación en una residencia en zona rural (sin número específico de residentes)	IoT, aprendizaje automático y redes neuronales; modelos de detección de anomalías basados en RNN; sensores, dispositivos de monitorización, actuadores y un controlador central	La arquitectura detectó patrones conductuales y anomalías en actividades diarias; automatizó iluminación, climatización y dispositivos según rutinas detectadas	La integración de IoT y aprendizaje automático en residencias mejora la monitorización y la calidad de vida de las personas mayores

Fuente: Elaboración propia (2024).

5.2.3. Síntesis narrativa. Aplicaciones de IA en centros sociosanitarios

Se analizaron un total de 19 dispositivos o sistemas de IA descritos en los artículos seleccionados.

Estos se clasificaron en tres categorías principales según su función: monitorización y detección, usos clínicos y conexión social. A continuación, se presentan los resultados detallados.

Tabla 9. Clasificación de dispositivos de IA.

Monitoreo y detección de patrones clínicos/asistenciales
Sistemas de monitoreo IoT y sensores fisiológicos (Wang y Hsu, 2023; Garcés-Jiménez et al., 2021)
Sistemas inteligentes con sensores ambientales (Dermody y Fritz, 2019; Flores-Martin et al., 2020)
Algoritmos predictivos para la identificación de riesgos, como caídas (Lee et al., 2020) y úlceras por presión (Lee et al., 2021)
Biosensores portátiles integrados con machine learning (Garcés-Jiménez et al., 2021)
Usos clínicos
Herramientas de evaluación médica, como el asistente web Fast&Rational (Yilmaz et al., 2023)
Algoritmos y aplicaciones móviles (Son et al., 2022; Chou, 2020)
Modelos predictivos de riesgo basados en machine learning, como XGBoost (Lee et al., 2022; Sun et al., 2020)
Sistemas de minería de texto para la evaluación de calidad en el cuidado (Hacking et al., 2022)
Modelos de recomendación para personalización en las preferencias de los pacientes (Gannod et al., 2019)
Conexión social
Robots de asistencia, como Grace y SCITOS (Lavin et al., 2022; Hebesberger et al., 2017)
Asistentes de voz inteligentes y robots de interacción (Neves et al., 2023)

Fuente: Elaboración propia (2024).

Un 36.8% de los dispositivos analizados (7 de 19) [144, 152, 153, 159, 161, 163] se clasificaron en la categoría de monitorización y detección, siendo aquellos enfocados en la recopilación de datos para evaluar el estado de los pacientes y detectar riesgos de salud. Entre estos se encuentran sistemas de monitoreo IoT y sensores fisiológicos que permiten medir signos vitales y monitorear a pacientes con problemas cognitivos, sistemas inteligentes en el hogar asistivo que integran sensores ambientales para identificar eventos críticos de salud

como caídas o deterioro cognitivo, algoritmos predictivos para la identificación de riesgos como caídas y úlceras por presión, y biosensores portátiles integrados con machine learning diseñados para el monitoreo continuo de parámetros de salud.

La categoría con mayor representación fue la de usos clínicos, con un 42.1% de los dispositivos analizados (8 de 19) [143, 152, 152, 154, 157, 159, 160, 161, 162, 163]. Estos dispositivos están centrados en el apoyo al diagnóstico, la planificación del tratamiento y la personalización de la atención médica. Incluyen herramientas de evaluación médica como un asistente web para el uso racional de medicamentos en geriatría, algoritmos y aplicaciones móviles para la evaluación de delirium y análisis biométrico, modelos predictivos de riesgo basados en machine learning como XGBoost para infecciones y otros factores, sistemas de minería de texto que analizan la calidad en la atención a través de datos narrativos, y modelos de recomendación que personalizan las preferencias de los pacientes.

Por último, un 21.1% de los dispositivos analizados (4 de 19) [148, 149, 154, 155] se enfocaron en la categoría de conexión social. Estos dispositivos están diseñados para mejorar la interacción social y el bienestar emocional de los usuarios. Dentro de esta categoría se encuentran robots de asistencia diseñados para facilitar la comunicación y la interacción social como el robot Grace [149] y el robot SCITOS [155], así como asistentes de voz inteligentes y robots diseñados para fomentar la interacción en entornos de cuidado a largo plazo.

El análisis evidencia que la IA tiene un amplio espectro de aplicaciones en entornos sociosanitarios. La categoría más representativa fue la de usos clínicos con un 42.1% [143, 150, 152, 154, 157, 159-163] de los dispositivos enfocados en diagnóstico y personalización del tratamiento, seguida por monitorización y detección con un 36.8% [144, 152, 153, 156, 159, 161, 162], y finalmente conexión social con un 21.1% [148, 149, 154, 155]. Estos resultados resaltan el potencial de la IA para optimizar tanto la calidad como la seguridad de la atención en estos entornos, al tiempo que mejoran la experiencia de los pacientes.

5.3. Estudio 3 – Inequidades en los centros sociosanitarios

Los resultados del artículo se derivaron de la información sintetizada obtenida a partir del grupo nominal y la conferencia de consenso, y están clasificados según el Marco Multidimensional de Monitoreo de Desigualdades de la Unión Europea [101]. Además, las principales características sociodemográficas de los participantes de la muestra se describieron en la Tabla 4: Descripción de los participantes.

A continuación, se presentan los resultados claves de la investigación (Tabla 10):

Tabla 10: Resultados clave del estudio de inequidades.

Dominio	Familias / Personas cuidadoras	Profesionales
1. Conocimientos y habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Información sobre actividades de estimulación. • [Pre/Ing] Actividades adaptadas a necesidades, preferencias, intereses y capacidades. 	—
2. Salud	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Menús y dietas personalizadas; supervisión de cuidados; disponibilidad de personal; gestión de citas. • [Ing] Información sobre derivaciones, gestión de citas, entrega de informes y resultados analíticos; comunicación periódica (incl. fase final de vida). • [Salidas] Información sobre medicación y manejo del estado de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> • [Ing] Falta de movilización; cambios insuficientes de pañales; baja prioridad de rehabilitación. • Riesgo de úlceras por presión e infecciones urinarias.
3. Condiciones materiales de vida	<ul style="list-style-type: none"> • [Ing] Control de ropa y funcionamiento de lavandería. • [Final] Habitaciones específicas para el final de la vida; claridad sobre devolución de pertenencias (ropa, productos de apoyo). 	—

4. Condiciones naturales y ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • [Ing] Falta de información sobre políticas/protocolos de sujeciones; informar mejora el bienestar. • Escasez de personal sanitario. 	—
5. Vida laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación. • Dificultad de comunicación con profesionales por horarios. 	—
6. Vida cultural y recreativa	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Información sobre oferta de actividades. • [Ing] Actualizaciones sobre actividades en las que participa el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • La participación en actividades es esencial; se promueve asistencia a talleres.
7. Participación política y voz	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Información insuficiente para resolver dudas; piden mayor transparencia y ranking de centros. 	<ul style="list-style-type: none"> • El consejo del centro como órgano participativo para canalizar propuestas de usuarios y familias.
8. Vida social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Información completa sobre visitas. • [Ing] Necesidad de comunicación fluida sobre el estado diario del familiar. 	—
9. Integridad física y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Información sobre higiene y cuidado personal; manejo cuando el usuario no quiere participar en actividades. • Riesgos asociados a tiempos/recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre productos de apoyo. • Caídas por falta de personal: muchas prevenibles, no todas.
10. Experiencia general de vida	<ul style="list-style-type: none"> • [Pre] Apoyo a la adaptación y claridad de procedimientos; información sobre salidas adecuadas. • [Ing/Final] Más información sobre visitas/horarios; trato digno y humanización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de convivencia; profesional de referencia. • Atención individualizada centrada en la persona, adaptada al nivel cognitivo.

Fuente: Elaboración propia (2024).

Dominio 1. Conocimientos y habilidades.

Los familiares consideraron fundamental, durante la fase previa al ingreso, contar con información sobre las actividades de estimulación que se ofrecen en un centro sociosanitario.

“Actividades de estimulación... Me pregunto si veo algo para mi familiar, porque necesita algún tipo de actividad, ya sea cognitiva o física. ¿Se le ofrecerán este tipo de actividades?” (Grupo Nominal – Cuidadores)

Además, subrayaron la importancia de que las actividades se adapten a las necesidades, expectativas, preferencias, intereses y capacidades de cada usuario.

“¿Cómo se sentirá mi familiar en un lugar que ya no es su casa? Terapia adaptada a su capacidad... podríamos relacionarlo con actividades de estimulación...” (Grupo Nominal – Cuidadores)

Dominio 2. Salud.

Este dominio abarca un amplio abanico de desigualdades señaladas tanto por los familiares como por los profesionales, ya que sin salud no se puede atender adecuadamente ninguna otra necesidad o dominio.

Los familiares consideraron la salud como un dominio prioritario, destacando que, para asegurar una atención centrada en la calidad y seguridad del paciente en este tipo de centros, la información previa al ingreso debería incluir detalles sobre los menús, la supervisión de cuidados, la disponibilidad de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, etc.), y la gestión de citas médicas.

“El diseño de los menús, el tema de las dietas personalizadas, la disponibilidad de personal en relación con el número de residentes, y el acceso a la atención médica.” (Grupo Nominal – Cuidadores)

Durante el ingreso, los familiares identificaron las principales desigualdades en salud como la falta de información sobre derivaciones al hospital de referencia, la gestión de citas médicas, la entrega de informes médicos y la no comunicación de resultados de pruebas analíticas a las personas cuidadoras y usuarios.

“Me interesa especialmente la información médica—cómo se encuentran en general, su presión arterial, sus niveles de azúcar en sangre si son diabéticos, cómo se despertaron, y si pasó algo específico.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

“Tenía una infección urinaria. Pregunté por los resultados de la prueba. El médico dijo: ‘Te llamo’, pero nunca llamó.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Durante la fase terminal (éxitus), que suele requerir cuidados continuos y convalecencia, las personas cuidadoras consideraron esencial recibir información periódica sobre el estado de salud del usuario y la disponibilidad de horas de enfermería.

“Es muy difícil hablar con los profesionales durante su horario laboral.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Cuando los usuarios salen del centro, ya sea para excursiones familiares o visitas médicas, los familiares reportaron falta de información sobre la medicación a administrar o cómo manejar el estado de ánimo del usuario durante ese periodo.

“Necesito saber cómo cuidarle, o cómo cuidarme yo, o cómo darle la medicación.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Los profesionales de los centros consideraron que las principales desigualdades en salud se producen durante el ingreso, como la falta de movilización de los usuarios, cambios insuficientes de pañales y la baja prioridad de las sesiones de rehabilitación necesarias para ofrecer una atención de calidad.

“La falta de movilización de los usuarios, el pasar mucho tiempo sentados, o incluso la escasa higiene, todo ello contribuye a úlceras por presión o infecciones urinarias recurrentes.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

Dominio 3. Condiciones materiales de vida.

En este dominio, solo los familiares reportaron desigualdades. Estas se relacionaron con la necesidad de un mayor control de la ropa del usuario y con

la comprensión del funcionamiento del servicio de lavandería durante la fase de ingreso.

“El servicio de lavandería es pésimo.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

En la fase final de la vida, las personas cuidadoras consideraron importante que el centro cuente con habitaciones específicas para el final de la vida, que permitan vivir esos últimos momentos con dignidad y humanidad. También solicitaron más información sobre la devolución de pertenencias personales (ropa, productos de apoyo, etc.) tras el fallecimiento o salida del centro.

“La mayoría de las residencias [...] deberían tener habitaciones para el final de la vida para poder estar con tus seres queridos. [...] Hay algunas habitaciones así donde las personas cuidadoras pueden quedarse con ellos.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

“También falta información. Quiero decir, ¿puedo estar con mi ser querido en sus últimos momentos? ¿Puedo acompañar a mi familia en esa transición?” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Dominio 4. Condiciones naturales y ambientales.

En este dominio, los familiares señalaron que no reciben información durante la fase de ingreso sobre las políticas y protocolos en relación con las sujeciones. Ofrecer esta información mejoraría su sensación de bienestar.

“Lo que hacen para evaluar la necesidad de sujeciones es que el psicólogo, el director, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, la coordinadora de enfermería y la trabajadora social valoran si esa persona debe tener barandillas. Pero tú no sabes nada de eso. No está bien estructurado—ni el personal ni la información. De repente te dicen: ‘Vamos a poner la grande [la barandilla]’, y pienso: ‘Nadie nos ha consultado ni a mí ni a mi hermano’. [...] Y claro, te enteras sobre la marcha, porque no tienes ni idea de cómo funciona la residencia.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Dominio 5. Vida laboral.

Los familiares destacaron importantes desigualdades relacionadas con la escasez de profesionales sanitarios en los centros sociosanitarios y con errores en la administración de medicación.

“Es muy difícil hablar con los profesionales durante su horario laboral. [...] Es especialmente complicado que te devuelvan la llamada, porque cuando tú estás disponible, por ejemplo, por la tarde después del trabajo, o en fin de semana, [el profesional] puede que no esté. Y entre semana por la tarde, tampoco. Así que, por la mañana, a menos que vivas o trabajes cerca y puedas pasar en un descanso, dependes de que te devuelvan la llamada. Pero claro, no siempre pueden hacerlo.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

“Ha habido casos en los que [un usuario] se dio cuenta de que iban a equivocarse con la medicación y dijo: ‘No, no, oye [al profesional], esa no me la diste’.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Dominio 6. Vida cultural y recreativa.

En este dominio, tanto las personas cuidadoras como los profesionales coincidieron en que requiere mejora continua. Las personas cuidadoras señalaron que durante la fase previa al ingreso es necesario que el centro proporcione información sobre las actividades disponibles, así como actualizaciones durante el ingreso sobre las actividades en las que participa el usuario.

“¿Tendrá mi familiar suficientes actividades para entretenerse? ¿O va a ser solo esto—comer y dormir, comer y dormir, [...] o podrá hacer algo más?” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Los profesionales subrayaron que participar en actividades es esencial para ofrecer una atención de calidad.

“Sí, nosotros, los terapeutas, tratamos de motivar al residente [...]. Intentamos motivarles, aunque sea solo para que acudan a un taller al día.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

Dominio 7. Participación política y voz.

En este dominio, las personas cuidadoras reportaron desigualdades en la fase previa al ingreso, al no recibir información suficiente que resuelva sus dudas. Propusieron mayor transparencia en los centros y acciones como la creación de un ranking de centros, lo cual beneficiaría tanto a las personas cuidadoras como a la sociedad.

“Se necesita personal especializado. Quiero sentirme seguro porque estás en un estado de vulnerabilidad, y necesitas que el proceso fluya en la dirección correcta, no al revés. En cambio, acabo teniendo que convertirme en una especie de detective—tengo que informarme, tengo que averiguar todos los detalles.”
(Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Ante esto, los profesionales consideraron que el consejo del centro es un órgano participativo que ayuda a dar voz tanto a las personas cuidadoras como a usuarios.

“Comunican y plantean temas, por ejemplo, las personas cuidadoras también participan. Informan a la dirección sobre cosas como: ‘No nos gusta la comida’, o ‘Queremos hacer más actividades, algunas salidas, y demás.’ Para eso existe el consejo de mayores.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

Dominio 8. Vida social y familiar.

En este dominio, los únicos que reportaron desigualdades son los familiares. Estas están vinculadas a la fase previa al ingreso, indicando que no reciben información completa sobre cómo funcionan las visitas familiares.

“¿Con qué frecuencia podré hablar con mi familiar? ¿Cómo funcionan las visitas?” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Durante el ingreso, las personas cuidadoras destacaron la necesidad de una comunicación fluida con el centro para asegurar una atención de calidad.

“...Falta información y comunicación sobre el estado diario de nuestro familiar.”
(Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Dominio 9. Integridad física y seguridad.

En la fase previa al ingreso, este dominio se vinculó a la falta de información sobre la higiene y el cuidado personal, así como sobre cómo el equipo terapéutico gestiona situaciones en las que el usuario no quiere participar en actividades.

“Si es la hora de acostarse y no ha cenado, pues Paquita se va a la cama sin cenar porque no hay tiempo—porque Paquita no puede comer sola. Y como han tenido que dedicar tiempo a otras cosas, no cena.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Los profesionales destacaron la necesidad de dar orientación sobre productos de apoyo y atender las caídas que se producen en el centro.

“Desde los centros damos información sobre necesidades concretas de sistemas de apoyo que las personas cuidadoras pueden aportar para mejorar la atención o experiencia del usuario.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

“La falta de personal—si dejas a 20, 25 o 30 usuarios al cuidado de una sola persona, es difícil evitar algunas caídas. La mayoría se pueden prevenir [...], pero no todas. Hay personas que deambulan, y no puedes obligarlas a sentarse. Tienes que dejarlas solas un momento porque ha surgido una urgencia con otro, y ahí está el problema. Así que siempre volvemos al mismo punto—la falta de personal. Hasta que eso no se resuelva, seguiremos poniendo parches, previniendo algunas cosas, pero sin resolverlas del todo.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

Dominio 10. Experiencia general de vida.

Finalmente, en este dominio, tanto los profesionales como los familiares reportaron desigualdades. Las personas cuidadoras destacaron la importancia de que el centro proporcione más información durante la fase previa al ingreso sobre las salidas más adecuadas para el usuario, así como apoyo para adaptarse a esta nueva etapa de la vida.

“Es absolutamente necesario ofrecer apoyo durante el proceso de adaptación y garantizar claridad sobre todos los procedimientos.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Durante el ingreso, subrayaron la necesidad de recibir más información sobre las visitas y horarios, así como asegurar un trato digno y humano en todas las fases, especialmente en la fase final de la vida.

“Hace falta mucha más humanización.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

“Queremos atención personalizada y un trato más digno.” (Grupo Nominal – Personas cuidadoras)

Los profesionales destacaron la importancia de crear unidades de convivencia, asignar profesionales de referencia a cada usuario y ofrecer una atención individualizada centrada en la persona.

“...Unidades de convivencia. Limitar el número de usuarios asignados a un profesional facilitaría mucho la interacción usuario-profesional. Creo que sería muy positivo.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

“Nuestro objetivo, por así decirlo, es ofrecer una atención centrada en la persona que respete su autonomía y dignidad, sea cual sea su estado. Para lograrlo, debemos adaptar las herramientas o estrategias según su condición. No es lo mismo una persona que puede expresar sus preferencias y decir si le gusta o no algo, o si prefiere una actividad u otra, que otra con deterioro cognitivo grave, que tiene mayores dificultades o directamente no puede comunicarse. En esos casos, es más difícil garantizar el respeto a los derechos del usuario. Por eso, la estrategia debe adaptarse a cada caso.” (Conferencia de Consenso – Profesionales)

Profesionales y familiares coincidieron en que una comunicación eficaz, fluida y óptima es clave para ofrecer una atención bajo los más altos estándares de calidad. Sin embargo, existen diferencias en otros aspectos: los profesionales consideraron que la mayor desigualdad se debe a la falta de personal sanitario, mientras que los familiares señalaron que no disponer de suficiente información



sobre los cuidados proporcionados al usuario es un problema crucial que genera insatisfacción familiar.



6. Discusión

A través de los estudios que componen la presente tesis doctoral, se ha evidenciado que la calidad asistencial y seguridad del paciente son un eje vertebral para una atención y cuidado de excelencia en los centros sociosanitarios. Mientras que el primer estudio, identificó las lecciones aprendidas de la pandemia del SARS-CoV-2, el segundo evidenció las herramientas que se disponen de IA para aplicarse en los centros sociosanitarios. Finalmente, el tercero puso en valor las inequidades que ocurren en esta tipología de recurso asistencial, desde la perspectiva de los profesionales y familiares de usuarios que residen en lo mismo.

A continuación, se analizan los hallazgos obtenidos en los diferentes estudios que componen la tesis doctoral.

6.1. Principales hallazgos del estudio 1 (Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2)

El colectivo más afectado por la pandemia de la COVID-19 en términos de gravedad de la enfermedad y mortalidad han sido las personas mayores residentes en centros de mayores [166]. Tradicionalmente los centros de mayores han sido los grandes olvidados en el sector sociosanitario y, han sufrido, además, el agravio del estigma social [167]. La pandemia de la COVID-19 ha acentuado estas condiciones de vulnerabilidad lo que ha incrementado su impacto negativo sobre los centros de mayores [168].

El desconocimiento y la rápida propagación del virus, junto con la falta de preparación de los sistemas sanitarios de todo el mundo para hacer frente a una crisis sanitaria de esta magnitud, obligaron a los centros de cuidados a improvisar sus acciones sobre la marcha. Todos los sistemas entraron en un modo de funcionamiento de ensayo y error [169]. Sin ninguna duda, algunas de

las decisiones y acciones adoptadas fueron acertadas, pero otras no. Una vez superada la fase aguda de la crisis, es momento de realizar un análisis retrospectivo y reflexionar sobre qué funcionó y qué no, así como identificar aquellas prácticas que han llegado para quedarse. En esta línea, el objetivo de esta revisión fue identificar las lecciones aprendidas de la gestión de la pandemia de COVID-19 u otras situaciones similares en los centros de mayores. El hecho de no haber encontrado ningún trabajo que identifique buenas prácticas extraídas de epidemias previas, pero recientes (SARS-CoV y MERS), refuerza la necesidad de esta reflexión como estrategia para reforzar los sistemas sanitarios y los centros de cuidados de larga estancia de cara a futuras crisis similares.

La mayoría de las prácticas para la gestión exitosa de la COVID-19 en los centros de mayores que fueron identificadas en la literatura hacían referencia a la detección y el control de casos positivos y a la adopción de medidas de protección e higiene. Entre las medidas organizativas y estructurales destacaron la realización de pruebas PCR, la sectorización de los usuarios en áreas independientes según su estado clínico y el uso de EPI.

En este trabajo hemos querido ir un paso más allá y categorizar las lecciones aprendidas según la metodología IDEF que facilita la gestión de la organización por procesos y contribuye a la calidad asistencial y la reducción de la variabilidad [170]. También hemos adoptado una perspectiva de futuro y mejora continua a partir de la identificación de aquellas prácticas que pueden mantenerse en el tiempo como, por ejemplo, el uso de los sistemas de videollamada para facilitar el contacto de los residentes con sus familiares o allegados [135, 137]. En el contexto de una situación normalizada (sin pandemia), la videollamada puede ser útil para incrementar la cantidad y calidad de las relaciones del usuario con sus familiares [171] e incluso para reducir la agitación en residentes con demencia [172]. En términos generales, en la revisión realizada se ha echado en falta una mayor atención al aspecto humano. Salvo excepciones, la mayoría de los estudios no consideraron la experiencia de residentes, familiares y profesionales ante la pandemia. A pesar de que más de un tercio de los trabajos

revisados incluyeron muestras de residentes y profesionales, tanto unos como otros fueron considerados como agentes y receptores del contagio, pero no como personas con necesidades emocionales y psicológicas específicas. Van der Roest et al. [173] observaron que las medidas adoptadas contra la COVID-19 en un centro de larga estancia de Países Bajos afectaron gravemente al bienestar de los residentes, incrementando sus niveles de soledad y depresión y exacerbando las alteraciones conductuales y del estado del ánimo. En este sentido, la adopción de un modelo de asistencia centrado en la persona resulta esencial en los centros residenciales, todavía más si cabe en situaciones críticas como la ocasionada por la pandemia de la COVID-19 [174]. Este enfoque sitúa al usuario en el centro de la atención a partir de la comprensión de sus gustos y preferencias [175], lo que resulta fundamental para una asistencia de excelencia basada en los más altos estándares de calidad.

En esta misma línea, sorprende que ninguno de los artículos revisados considerase la perspectiva de los familiares de los residentes. Avidor et al. [176] dieron voz a este colectivo que expresó cómo las medidas contra la COVID-19 les habían producido una sensación de ruptura con su familiar (separación), acompañada por la preocupación derivada de la discontinuidad de la atención y la insatisfacción y disminución de confianza con respecto al centro. Asimismo, los familiares destacaron la necesidad de que se tuviesen en cuenta sus preferencias y recomendaciones en la toma de decisiones relativas al cuidado de sus seres queridos y la sensación de ambivalencia derivada de la combinación de la sensación de preocupación y malestar con la de satisfacción y compostura. Tretteteig et al. [177] identificaron los dilemas éticos experimentados por los seres queridos al sopesar el riesgo de contraer COVID-19 si visitaban a sus familiares frente a las consecuencias de no visitar a sus seres queridos. Asimismo, la COVID-19 endureció el reto de los centros de mayores para la gestión del duelo y de un final de vida digno [178, 179].

En los trabajos revisados, la medida más común dirigida a los profesionales fue la capacitación. Sin embargo, la pandemia también impactó fuertemente sobre su bienestar, disparando sus niveles de estrés y preocupación [168]. Las

lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19 debieran considerar la implantación de medidas dirigidas a fortalecer la resiliencia de los profesionales y preservar su bienestar como objetivo clave para garantizar el buen funcionamiento de los centros de larga estancia [180, 181].

Esta revisión presenta fortalezas y debilidades. Hasta donde las autoras conocen, es la primera revisión en recopilar las lecciones aprendidas de la pandemia en los centros de mayores. Este ejercicio de reflexión constituye un primer paso en la consolidación de las medidas clave para la recuperación de los centros de larga estancia tras la era COVID-19.

6.2. Principales hallazgos del estudio 2 (Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios)

La IA en los centros sociosanitarios representa un avance significativo para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente. Los resultados de esta revisión sistemática destacan las diversas aplicaciones de la IA, que abarcan desde la monitorización y detección hasta el cuidado personalizado y la conexión social. Cada estudio incluido aporta una perspectiva única sobre cómo estas tecnologías están transformando los entornos de atención a largo plazo.

Herramientas como el asistente web Fast&Rational [143] y los sistemas de recomendación basados en aprendizaje automático [157] ilustran cómo la IA puede optimizar la toma de decisiones clínicas y personalizar los cuidados en función de las preferencias individuales de los residentes. Estas tecnologías no solo mejoran la eficiencia en la gestión de la medicación y las valoraciones clínicas, sino que también promueven una atención centrada en la persona, aspecto crucial en los entornos de cuidados prolongados.

Una parte significativa de los estudios revisados destaca la capacidad de la IA para identificar riesgos para la salud y prevenir complicaciones. Dispositivos portátiles y sistemas de Internet de las Cosas (IoT) [144, 152] permiten una monitorización continua del estado de salud, mientras que los algoritmos

predictivos [156, 158] ayudan a detectar factores de riesgo para caídas, úlceras por presión e infecciones. Estos hallazgos son especialmente relevantes para mitigar riesgos comunes en poblaciones geriátricas.

Tecnologías como los modelos predictivos basados en aprendizaje automático [153, 161] han demostrado ser herramientas valiosas para anticipar infecciones, incluyendo la COVID-19, y otros problemas de salud en residencias de mayores. Estas soluciones impulsadas por IA permiten una gestión sanitaria proactiva, mejorando tanto la seguridad del paciente como la asignación de recursos.

En cuanto a la conexión social y el bienestar emocional, destacan los robots sociales como Grace y SCITOS [149, 155], por su capacidad para reducir la soledad y fomentar la interacción entre los residentes —un desafío común en centros de cuidados prolongados—. Estos dispositivos no solo promueven el bienestar emocional, sino que también contribuyen a aliviar la carga laboral del personal sanitario.

A pesar de estos avances en contextos hospitalarios y clínicos, la adopción de la IA en centros sociosanitarios sigue siendo limitada. Estos entornos, que combinan servicios sociales y sanitarios para poblaciones vulnerables como personas mayores y personas con discapacidad, presentan desafíos específicos que han frenado la incorporación de tecnologías basadas en IA. Entre las barreras clave se encuentran la heterogeneidad de las necesidades de los residentes, la limitada infraestructura tecnológica y la necesidad de interacción humana constante, lo que requiere soluciones adaptadas [164, 165, 182].

Esta revisión también identificó limitaciones que deben abordarse para maximizar el impacto de la IA en los centros sociosanitarios. En primer lugar, existe una gran variabilidad en las metodologías y calidad de los estudios, lo que dificulta la comparación directa entre intervenciones. En segundo lugar, muchos de los dispositivos y sistemas basados en IA descritos se encuentran aún en fases experimentales o piloto, lo que limita la generalización de sus resultados a contextos asistenciales más amplios. Además, algunos estudios no proporcionan

información suficiente sobre los costes de implementación ni sobre los requisitos técnicos para integrar estas tecnologías en los entornos sociosanitarios.

La integración de la IA en centros sociosanitarios presenta importantes desafíos éticos que van más allá de las consideraciones puramente tecnológicas. En primer lugar, es esencial garantizar la protección de datos y la privacidad de los residentes, dado que muchos de estos sistemas manejan información personal y de salud altamente sensible sobre personas en situaciones de vulnerabilidad. En segundo lugar, es crucial evitar la deshumanización de los cuidados y asegurar que la tecnología actúe como apoyo complementario a los profesionales sanitarios, y no como sustituto de la interacción humana. Además, deben establecerse mecanismos de supervisión y transparencia que mitiguen el sesgo algorítmico y fomenten la rendición de cuentas cuando se automatizan decisiones diagnósticas o terapéuticas. En conjunto, abordar con rigor estas consideraciones éticas es fundamental para garantizar que la adopción de la IA contribuya de manera responsable y equitativa a una mejor calidad asistencial y al bienestar de las personas mayores.

El futuro de la IA en los centros sociosanitarios se presenta prometedor, con avances en curso en áreas como la minería de textos [154] y las arquitecturas de hogares inteligentes [163]. No obstante, se requiere más investigación para validar estas tecnologías en entornos reales y asegurar su inclusividad, seguridad y responsabilidad ética.

6.3. Principales hallazgos del estudio 3 (Inequidades en los centros sociosanitarios)

Este estudio examinó las percepciones y experiencias de los familiares y de los profesionales sanitarios respecto a las desigualdades en los centros sociosanitarios. Para obtener una comprensión más profunda de las diversas perspectivas sobre este tema, se realizaron entrevistas semiestructuradas con

especialistas en el cuidado de personas mayores y con familiares de residentes en estas instituciones.

Los centros sociosanitarios desempeñan un papel fundamental en la atención a personas mayores, individuos con dependencia y personas que requieren asistencia a largo plazo. Sin embargo, garantizar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en estos entornos sigue siendo un reto persistente. En este contexto, las desigualdades se hacen más evidentes, enraizadas no solo en deficiencias estructurales, sino también en disparidades sociales, económicas y culturales más amplias.

Abordar estos desafíos requiere enfoques integrales y multidisciplinarios, que incluyan la implementación de protocolos claros, estrategias eficaces y una mejor coordinación entre los profesionales sanitarios, lo que permitiría una atención más eficiente y centrada en el paciente.

Estas preocupaciones han sido documentadas en investigaciones previas, como el trabajo de Chisholm et al. (2013) [183], que señala cómo las limitaciones financieras en los centros de atención a personas mayores afectan la calidad del cuidado, siendo los residentes de contextos socioeconómicos más bajos quienes tienden a recibir servicios de menor calidad. Hallazgos similares han sido reportados por Quevedo y Rubio (2011) [184] y Polloni (2014) [185].

Las desigualdades en los centros sociosanitarios reflejan disparidades globales más amplias que requieren una atención urgente. Abordar estas cuestiones no solo mejoraría la calidad de vida de los usuarios y sus cuidadores, sino que también contribuiría a construir sociedades más justas y equitativas para las personas mayores.

6.4. Futuras líneas de investigación y limitaciones

6.4.1. Futuras líneas de investigación

Estudio 1

El estudio sintetiza las lecciones de la pandemia de SARS-CoV-2 en centros sociosanitarios —vulnerabilidades en continuidad asistencial, comunicación con familias, dotación y estabilidad de personal, y brechas informativas— junto con prácticas que demostraron utilidad (vigilancia, protocolos, coordinación entre niveles, apoyo a la humanización en fases críticas y al final de la vida). De cara al futuro, se requiere investigación rigurosa que operativice estas buenas prácticas en intervenciones concretas, evalúe su impacto real en seguridad clínica, experiencia de usuarios y cuidadores, calidad de vida y reducción de desigualdades, e incorpore análisis de coste-efectividad, consideraciones éticas y de gobernanza, para fortalecer de forma sostenible el sistema sociosanitario y el bienestar de las personas mayores.

Estudio 2

El futuro de la IA en los centros sociosanitarios es prometedor, pero su éxito dependerá de una implementación responsable y basada en la evidencia. Se requiere una investigación más profunda que evalúe el impacto real de estas tecnologías, asegurando que su desarrollo y aplicación contribuyan al bienestar de las personas mayores y al fortalecimiento del sistema sanitario.

Con un enfoque multidisciplinar y ético, la IA tiene el potencial de convertirse en un pilar fundamental de los servicios sociosanitarios del siglo XXI.

Estudio 3

Se hace imprescindible profundizar en el estudio de las inequidades en el ámbito sociosanitario. Un análisis cualitativo más exhaustivo permitiría el diseño de planes de acción integrales orientados a mejorar de manera significativa la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios, tanto a nivel nacional como internacional.

6.5.2. Fortalezas y limitaciones

Si bien esta tesis doctoral ha aportado información valiosa sobre la percepción de calidad asistencial y seguridad del paciente en centros sociosanitarios, es importante considerar las fortalezas del programa de investigación, destacando su coherencia y visión integral de la calidad y la seguridad en centros sociosanitarios:

- **Estudio 1 (Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2):** Este estudio ofrece una síntesis amplia y crítica de experiencias en centros sociosanitarios, identificando prácticas transferibles (vigilancia, protocolos, coordinación y humanización) y organizándolas según las fases del itinerario asistencial (pre-ingreso, ingreso y final de vida), lo que facilita una implementación dirigida. La interpretación se estructura con los dominios de calidad asistencial (seguridad, efectividad, atención centrada en la persona, oportunidad, eficiencia y equidad) y se traducen implicaciones prácticas claras para la preparación, la respuesta y la recuperación ante crisis sanitarias.
- **Estudio 2 (Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios):** Presenta un mapeo sistemático del panorama de soluciones y casos de uso, articulado en una taxonomía funcional (seguridad clínica, monitorización, soporte a decisiones y gestión). Incorpora de forma explícita criterios de interoperabilidad, gobernanza y ética, aportando pautas para una adopción responsable. Además, identifica indicadores y desenlaces estandarizables y señala vacíos de evidencia —como la coste-efectividad—, estableciendo una agenda de investigación aplicada que favorece comparabilidad y escalabilidad.
- **Estudio 3 (Inequidades en los centros sociosanitarios):** Se apoya en una metodología participativa robusta (grupo nominal y conferencia de consenso) que integra voces de familias/personas cuidadoras y profesionales, fortaleciendo la relevancia y legitimidad de los hallazgos. La priorización explícita y trazable de necesidades y acciones genera productos accionables —lista priorizada y declaración de consenso— útiles para la gestión. Su clasificación por dominios del Marco

Multidimensional de Desigualdades de la UE y por fases de atención permite diseñar intervenciones focalizadas y monitorizar sistemáticamente las brechas de equidad.

De igual modo, que algunas limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados:

- **Estudio 1 (Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2):** La mayoría de los estudios fueron de carácter observacional y se limitaron a la descripción de una experiencia. Dada la baja calidad de los estudios, no fue posible establecer la fuerza de la recomendación.
- **Estudio 2 (Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios):** En primer lugar, existe una notable variabilidad en las metodologías y en la calidad de los estudios, lo que dificulta la comparación directa entre las distintas intervenciones. En segundo lugar, muchos de los dispositivos y sistemas basados en IA descritos se encuentran aún en fases experimentales o piloto, lo que limita la generalización de sus resultados a contextos sanitarios más amplios. Asimismo, algunos estudios carecen de información suficiente sobre los costes de implementación y los requisitos técnicos necesarios para la integración de estas tecnologías en entornos sociosanitarios.
- **Estudio 3 (Inequidades en los centros sociosanitarios):** En primer lugar, la captación de familiares y profesionales dispuestos a participar resultó compleja, lo que podría haber dado lugar a una muestra que no refleje completamente la diversidad de perspectivas dentro de estos grupos. Además, en la conferencia de consenso se contó con una participación limitada de disciplinas terapéuticas clave en los centros sociosanitarios, como enfermería, gestión, servicios de lavandería y actividades socioculturales. Asimismo, la inclusión de participantes provenientes de una única comunidad autónoma española puede limitar la generalización de los resultados.



7 Biblioteca
UNIVERSITATIS Miguel Hernández

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

A lo largo de esta tesis doctoral se ha abordado un tema de creciente relevancia en el ámbito sociosanitario: la percepción de calidad y seguridad del paciente por parte de los profesionales que trabajan en centros sociosanitarios, así como el potencial del desarrollo de soluciones tecnológicas basadas en IA para mejorar estos ámbitos. El trabajo ha combinado una aproximación cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de obtener una visión integral del fenómeno estudiado y proponer herramientas concretas de mejora.

Estudio 1 - Lecciones aprendidas de la pandemia por SARS-CoV-2:

En primer lugar, la revisión sistemática de las actuaciones implementadas durante la pandemia ha puesto de relieve un conjunto de lecciones organizativas, asistenciales y estructurales que resultan fundamentales para la preparación y respuesta ante futuras crisis sanitarias. Entre las buenas prácticas identificadas destacan la implantación de mecanismos de sectorización de usuarios, la realización sistemática de pruebas diagnósticas, el uso racional y extendido de EPIs, y la adecuación de protocolos de higiene y desinfección. Asimismo, la pandemia impulsó cambios positivos que podrían mantenerse más allá del contexto de emergencia, como la mejora de los canales de comunicación con las familias mediante herramientas digitales, y la consolidación de modelos de atención centrados en la persona. No obstante, la revisión también señala carencias significativas, especialmente en lo que respecta a la consideración del impacto emocional de las medidas restrictivas en residentes, familiares y profesionales, así como en la gestión del final de vida y el duelo.

- El desconocimiento y la rápida propagación del virus, junto con la falta de preparación de los sistemas sanitarios de todo el mundo para hacer frente a una crisis sanitaria de esta magnitud, obligaron a los centros sociosanitarios a improvisar sus acciones sobre la marcha.

- La mayoría de las prácticas para la gestión exitosa de la COVID-19 en los centros de mayores que fueron identificadas en la literatura hacían referencia a la detección y el control de casos positivos y a la adopción de medidas de protección e higiene. Entre las medidas organizativas y estructurales destacaron la realización de pruebas PCR, la sectorización de los usuarios en áreas independientes según su estado clínico y el uso de EPI.
- También se adoptó una perspectiva de futuro y mejora continua a partir de la identificación de aquellas prácticas que pueden mantenerse en el tiempo como, por ejemplo, el uso de los sistemas de videollamada para facilitar el contacto de los residentes con sus familiares o allegados.
- Salvo excepciones, la mayoría de los estudios no consideraron la experiencia de residentes, familiares y profesionales ante la pandemia. A pesar de que más de un tercio de los trabajos revisados incluyeron muestras de residentes y profesionales, tanto unos como otros fueron considerados como agentes y receptores del contagio, pero no como personas con necesidades emocionales y psicológicas específicas.
- Del impacto de la pandemia del SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios, la medida más común dirigida a los profesionales fue la capacitación. Sin embargo, la pandemia también impactó fuertemente sobre su bienestar, disparando sus niveles de estrés y preocupación. Sin embargo, las lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19 debieran considerar la implantación de medidas dirigidas a fortalecer la resiliencia de los profesionales y preservar su bienestar como objetivo clave para garantizar el buen funcionamiento de los centros sociosanitarios.

Estudio 2 - Aplicaciones de la IA en centros sociosanitarios:

En segundo lugar, la revisión de estudios sobre la aplicación de IA en entornos sociosanitarios muestra un abanico de soluciones tecnológicas con potencial para transformar la atención. Las herramientas basadas en IA han sido clasificadas en tres categorías principales: detección y monitorización de

patrones clínicos, aplicaciones clínicas y fortalecimiento del vínculo social. Estas tecnologías han demostrado su utilidad para el diagnóstico temprano, la personalización de tratamientos, el seguimiento remoto de indicadores de salud, la mejora del bienestar emocional mediante asistentes robóticos, y la optimización de recursos. Sin embargo, su implementación a gran escala requiere superar barreras relacionadas con la interoperabilidad de los sistemas de información, la formación y aceptación por parte del personal, y la necesidad de marcos regulatorios que garanticen la protección de datos y la equidad en el acceso.

- La IA se ha consolidado como una herramienta clave para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios, ofreciendo soluciones que abarcan desde la monitorización y detección precoz de riesgos hasta tratamientos personalizados y el fomento de la interacción social en personas mayores.
- La pandemia de COVID-19 ha acelerado la adopción de la IA en el sector sociosanitario, demostrando su capacidad para optimizar recursos, reducir la carga de trabajo del personal y mejorar la atención a poblaciones vulnerables.
- La integración efectiva y ética de la IA en el ámbito sociosanitario exige superar barreras tecnológicas, organizativas y regulatorias, siendo prioritario garantizar la interoperabilidad de los sistemas, la formación y aceptación de los profesionales, así como la protección de datos y la transparencia en la toma de decisiones automatizadas.
- Para aprovechar plenamente el potencial transformador de la IA, es imprescindible impulsar la investigación, la colaboración entre todos los actores implicados y el desarrollo de marcos normativos que aseguren un avance tecnológico sostenible y centrado en las necesidades reales de los individuos.
- Las aplicaciones de la IA abarcan desde la monitorización y la detección precoz de riesgos hasta la personalización de tratamientos y la mejora de la interacción social en personas mayores. La pandemia de COVID-19 ha

acelerado su adopción, demostrando su capacidad para optimizar recursos, reducir la carga de trabajo del personal sanitario y mejorar la atención a poblaciones vulnerables.

- No obstante, para lograr una integración efectiva y ética de la IA en el ámbito sociosanitario, es necesario superar diversas barreras tecnológicas, organizativas y normativas. Entre los principales desafíos se encuentran garantizar la interoperabilidad de los sistemas, ofrecer formación adecuada al personal, y fomentar la aceptación de estas tecnologías tanto entre los profesionales como entre los pacientes. Asimismo, resulta imprescindible establecer marcos regulatorios que aseguren la protección de los datos, el acceso equitativo y la transparencia en los procesos de toma de decisiones automatizadas.
- El éxito futuro de la IA en los centros sociosanitarios dependerá de una implementación responsable, basada en la evidencia y bajo un enfoque multidisciplinar y ético, que promueva el acceso equitativo y vele por el bienestar integral de los adultos mayores.

Estudio 3 - Inequidades en los centros sociosanitarios:

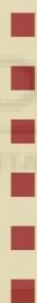
Finalmente, el tercer estudio aporta una visión crítica sobre las inequidades persistentes en los centros sociosanitarios, identificadas a partir de la percepción de profesionales y familiares. Estas inequidades se manifiestan en múltiples dimensiones: carencias en la información proporcionada durante las distintas fases del proceso asistencial, escasez de personal cualificado, deficiencias en la atención médica y rehabilitadora, y una limitada oferta de actividades culturales y de estimulación. Asimismo, se identifican barreras que afectan a la autonomía, la dignidad y la participación de los residentes y sus familias, lo que compromete los principios fundamentales de calidad y seguridad en la atención. Este análisis, estructurado según el Marco de Monitoreo Multidimensional de Desigualdades de la Unión Europea, evidencia la urgencia de adoptar un enfoque integral y centrado en la persona para revertir estas desigualdades.

- Las inequidades presentes en los centros sociosanitarios tienen un impacto directo en el bienestar social, cognitivo, emocional y conductual de sus residentes.
- Estas en los centros sociosanitarios suponen una vulneración directa del principio de equidad en la calidad asistencial, ya que generan desigualdades en el acceso, la atención y los resultados en salud entre los residentes, impactando negativamente en su bienestar social, cognitivo, emocional y conductual.
- Para mitigar dichas inequidades, se proponen diversas estrategias clave: un mayor esfuerzo inversor en infraestructuras, recursos humanos y materiales; la promoción de políticas públicas inclusivas que garanticen el acceso universal a los servicios sociosanitarios; la formación especializada de los profesionales en técnicas de cuidado; la supervisión y evaluación continua para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad; la adopción de un enfoque de atención centrado en la persona; y la creación de unidades de convivencia dentro de los centros para favorecer una atención más individualizada.
- La equidad en la calidad asistencial debe consolidarse como eje fundamental de la gestión sociosanitaria, siendo necesario promover la investigación cualitativa y la evaluación sistemática de las prácticas para identificar, prevenir y corregir desigualdades, de modo que se logre una atención realmente universal, segura y humanizada en estos centros.

En este apartado de conclusiones se sintetizan los principales hallazgos obtenidos, estructurados en torno a los objetivos planteados inicialmente. Asimismo, se destacan las implicaciones prácticas de los resultados, sus posibles aplicaciones en el contexto real de los centros sociosanitarios y las líneas futuras de investigación que emergen de este trabajo. Estas conclusiones no solo resumen el recorrido realizado, sino que también pretenden servir de base para la reflexión y la acción, tanto en el ámbito académico como en el profesional.



8



REFERENCIAS

8. Referencias

1. World Health Organization: WHO. Cobertura sanitaria universal [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2019. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
2. World Health Organization. Quality of care [Internet]. World Health Organization. 2025. Available from: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
3. ¿Qué es atención integral según la OMS? Orientanet [Internet]. Orientanet.es. 2024. Available from: <https://www.orientanet.es/que-es-atencion-integral-segun-la-oms/>
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. www.who.int. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
5. Castellano P. La atención sociosanitaria en el sistema nacional de salud: en la encrucijada. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI [Internet]. 2005 Apr [cited 2025 Nov 21];3(2):247–50. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-atencion-sociosanitaria-sistema-nacional-salud-encrucijada-13077973>
6. Fuentes FV. La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. Enfermería Clínica. 2020 Sep;30(5):291–4.
7. Viola A. Los modelos de atención sociosanitaria en perspectiva comparada. Actas de Coordinación Sociosanitaria. 2022;(30):62-81.
8. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research [Internet]. 2007 Jun 26 [cited 2019 Nov 12];7(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934356/>

9. Esping-Andersen G. Welfare States Without Work: the Impasse of Labor Shedding and Familialism in Continental European Social Policy [Internet]. Dialnet. 1995. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3702853>
10. Cortés R, Marshall A. Política social y regulación. 1993 [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://es.scribd.com/document/587000172/CORTES-Rosalia-y-MARSHALL-Adriana-1993-Politica-social-y-regulacion>
11. Belmartino S, Levín SA, Repetto F. Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso [Internet]. Socialis: revista latinoamericana de política social. 2001 [cited 2025 Nov 21];5:53-83. Available from: <https://biblio.flacso.org.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=34114>
12. Boyer R; ILO InFocus Programme on Socio-Economic Security. Is there a welfare state crisis? A comparative study of French social policy [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2002 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=8560>
13. Gough I. Global capital, human needs and social policies: selected essays, 1994-99 [Internet]. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2000 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://eprints.lse.ac.uk/36673/>
14. Fundación Economía y Salud. Hacia un modelo de atención sociosanitaria [Internet]. Madrid: Fundación Economía y Salud; 2022 [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://www.fundacioneconiomiaysalud.org/wp-content/uploads/Hacia-un-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Sociosanitaria-OK_compressed.pdf
15. Cabrero GR. Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. Cuadernos de Relaciones Laborales [Internet]. 22 de julio de 2011;29(1). Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_crla.2011.v29.n1.1

16. Jiménez S, Viola A. Observatorio de la Dependencia: tercer informe. Estudios sobre la Economía Española [Internet]. 2019;(42) [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2019-42.pdf>
17. Quintero G. Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia. Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21];(89):91–124. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2308322>
18. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
19. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia [Internet]. BOE núm. 299, 15 dic 2006 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
20. Fuentes FV. La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. Enfermería Clínica [Internet]. 1 de septiembre de 2020;30(5):291-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.001>
21. España. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública [Internet]. BOE núm. 102, 29 abr 1986 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
22. España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia [Internet]. BOE núm. 299, 15 dic 2006 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
23. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. BOE núm. 128, 29 may 2003 [cited 2025 Nov 21].

Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

24. Gómez CM, Agustín Huete García. Panorámica de la atención sociosanitaria en España. Actas de coordinación sociosanitaria [Internet]. 2018 [cited 2025 Nov 21];(22):7–30. Available from:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949903>

25. España. Constitución Española [Internet]. BOE núm. 311, 29 dic 1978 [cited 2025 Nov 21]. Available from:

<https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

26. España. Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía [Internet]. BOE núm. 18, 21 ene 2017 [cited 2025 Nov 21]. Available from:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-657-consolidado.pdf>

27. España. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón [Internet]. BOE núm. 201, 20 ago 2009 [cited 2025 Nov 21]. Available from:

<https://www.boe.es/boe/dias/2009/08/20/pdfs/BOE-A-2009-13689.pdf>

28. Consejería de Empleo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria. Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2007 [citado 2025 ene 12]. Available from:

<https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Cantabria.pdf>

29. Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha [Internet]. Castilla-La Mancha: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2010 [citado 2025 ene 12]. Available from:

<https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Castilla-Mancha.pdf>

30. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León. Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León [Internet].

Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2010 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Castilla-Leon.pdf>

31. Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials [Internet]. Catalunya: Generalitat de Catalunya; 2007 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Cataluna.pdf>

32. Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid. Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: BOE; 2023 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/BOE-A-2023-13538.pdf>

33. Gobierno de Navarra. Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra [Internet]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Navarra.pdf>

34. Generalitat Valenciana. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2019 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Valencia.pdf>

35. Junta de Extremadura. Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura [Internet]. Extremadura: Junta de Extremadura; 2015 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Extremadura.pdf>

36. Xunta de Galicia. Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2008 [citado 2025 ene 12]. Available

from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Galicia.pdf>

37. Govern de les Illes Balears. Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears [Internet]. Illes Balears: Govern de les Illes Balears; 2009 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Baleares.pdf>

38. Canarias. Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. Boletín Oficial de Canarias, núm. 94, de 17 de mayo de 2019. Available from: <https://sede.gobcan.es/boc/>

39. Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública de La Rioja. Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja [Internet]. La Rioja: Gobierno de La Rioja; 2009 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Rioja.pdf>

40. Gobierno Vasco. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco [Internet]. País Vasco: Gobierno Vasco; 2008 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/PaisVasco.pdf>

41. España. Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales [Internet]. BOE núm. 10, 12 ene 2003 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-7404-consolidado.pdf>

42. Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias, Política Social y Transparencia de la Región de Murcia. Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia [Internet]. Murcia: Gobierno de la Región de Murcia; 2021 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Murcia.pdf>

43. Ciudad Autónoma de Ceuta. Reglamento Regulador de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Ciudad Autónoma de Ceuta [Internet]. Ceuta: Ciudad Autónoma de Ceuta; 2003 Mar 31 [cited 2025 Jan 25]. Available from: <https://www.ceuta.es/ceuta/46-paginas/paginas/normativa/84-reglamento-regulador-de-los-centros-servicios-y-establecimientos-sanitarios-de-31-de-marzo-de-2003>
44. Ciudad Autónoma de Melilla. Reglamento Regulador de los Centros, Servicios y Establecimientos de Servicios Sociales de la Ciudad Autónoma de Melilla [Internet]. Melilla: Ciudad Autónoma de Melilla; 2007 Jan 23 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://www.melilla.es/melillaPortal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_13134_1.pdf
45. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Censo de Centros de la Comunitat Valenciana 2022 [Internet]. Madrid: Imserso; 2022 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://imserso.es/documents/20123/7073366/censo_centros_r_comunitat_valenciana_2022.pdf/0b0ec712-b194-2246-bd94-f71f582cc5e3
46. Jiménez-Martín S. Long-term care in Spain: Between family care tradition and emerging new realities. *J Aging Stud.* 2021;56:100889. doi:10.1016/j.jaging.2021.100889
47. Rodríguez-Laso A, García-González JV, Rodríguez-Mañas L. Envejecimiento y modelos de atención sociosanitaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55(3):123-30. doi:10.1016/j.regg.2020.01.005
48. López-Valcárcel BG, Barber P. Desigualdades en el acceso a la atención de larga duración en España. *Gac Sanit.* 2019;33(5):482-9. doi:10.1016/j.gaceta.2019.03.006
49. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Censo de centros residenciales de la Comunitat Valenciana. Informe 2022 [Internet]. Madrid:

IMSERSO; 2022 [cited 2025 Jan 12]. Available from: https://imserso.es/documents/20123/7073366/censo_centros_r_comunitat_valenciana_2022.pdf/0b0ec712-b194-2246-bd94-f71f582cc5e3

50. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. V Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2022–2030 [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2022 [cited 2025 Jan 12]. Available from: https://dogv.gva.es/datos/2022/12/29/pdf/2022_12703.pdf

51. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 de la Comunitat Valenciana [Internet]. Castellón: Colegio Oficial de Enfermeros de Castellón; 2022 [citado 2025 ene 12]. Available from: <https://coecs.com/consulta-el-nuevo-marco-estrategico-de-atencion-primaria-y-comunitaria-2022-2023-de-la-comunitat-valenciana/>

52. Generalitat Valenciana. Orden 4/2023, de 13 de octubre, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, por la que se establecen las bases del sistema sociosanitario en la Comunitat Valenciana [Internet]. Valencia: Diari Oficial de la Generalitat Valenciana; 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/o/2023/10/13/4/dof/spa/html>

53. Generalitat Valenciana. Resolución de 5 de octubre de 2023, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueban las bases para el desarrollo del Plan de Actuación en Atención Primaria y Comunitaria 2023-2027 [Internet]. Valencia: Diari Oficial de la Generalitat Valenciana; 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: https://dogv.gva.es/datos/2023/10/05/pdf/2023_10063.pdf

54. Europa Press. The WHO denies that there is a recommendation of 5 beds in nursing homes for every 100 people over 65 years [Internet]. Madrid: Europa Press; 22 June 2023 [cited 12 Jan 2025]. Available from: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-oms-desmiente-haya->

[recomendacion-camas-residencias-cada-100-mayores-65-anos-20230622151016.html](https://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf)

55. Cabadas Avi3n R. La calidad asistencial: ¿de qu3 estamos hablando? Quality care: what are we speaking about? *Cir May Amb* [Internet]. 2015;20(2):79–82 [cited 2025 Feb 9]. Available from: https://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf

56. World Health Organization. Patient safety: making health care safer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/255507>

57. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). Intellectual property [Internet]. Washington (DC): PhRMA; [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.phrma.org/policy-issues/intellectual-property>

58. Palacios Cruz M, Santos E, Vel3zquez Cervantes MA, Le3n Ju3rez M. COVID-19, una emergencia de salud p3blica mundial. *Rev Clin Esp*. 2021;221(1):55–61. doi:10.1016/j.rce.2020.03.001

59. National Institute for Demographic Studies (INED). The demography of COVID-19 deaths [Internet]. Paris: Institut national d'3tudes d3mographiques (INED); 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://dc-covid.site.ined.fr/en/data/>

60. Bonanad C, Garc3a-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, D3ez-Villanueva P, Ayesta A, Sanchis-For3s J, et al. Coronavirus: la emergencia geri3trica de 2020. Documento conjunto de la Secci3n de Cardiolog3a Geri3trica de la Sociedad Espa3ola de Cardiolog3a y la Sociedad Espa3ola de Geriatr3a y Gerontolog3a. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73(7):569–76. doi:10.1016/j.recesp.2020.03.027

61. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*.

2020;395(10223):497–506.

Available

from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159299/pdf/main.pdf>

62. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10229):1054–62 [cited 2025 Feb 9].

Available

from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270627/pdf/main.pdf>

63. Pan American Health Organization (PAHO). People aged 60 and over have been the most affected by COVID-19 in the Americas [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from:

<https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

64. Lithander FE, Neumann S, Tenison E, Lloyd K, Welsh TJ, Rodrigues J, et al. COVID-19 in older people: a rapid clinical review. *Age Ageing* [Internet]. 2020;49(4):501–15 [cited 2025 Feb 9]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239238/pdf/afaa093.pdf>

65. Zunzunegui MA. COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. *Gac Sanit.* 2022;36(1):3–5. doi:10.1016/j.gaceta.2021.06.009

66. Vaqué Rafart J. Síndrome respiratorio agudo grave (SARS). *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2005;62(Supl 1):6–11 [cited 2025 Feb 9]. Available from:

<https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-13074489>

67. Bratanich A. MERS-CoV: transmisión y el papel de nuevas especies hospederas. *Rev Argent Microbiol.* 2015;47(4):279–81. doi:10.1016/j.ram.2015.11.001

68. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
69. National Health Service (NHS). Impact of the COVID-19 pandemic on healthcare services: Lessons for the future. London: NHS England; 2023.
70. Shanafelt TD, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-4.
71. Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu A, Lane N, Fernández JL. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence [Internet]. London: International Long-Term Care Policy Network; 2020 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Mortality-associated-with-COVID-12-May-2020-3.pdf>
72. Institute of Medicine. Crisis Standards of Care: Lessons from COVID-19 [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2022 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/26598/crisis-standards-of-care-lessons-from-covid-19>
73. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Hernández NP, Luque US, Morrison D, Pérez SN, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atención Primaria* [Internet]. 17 de abril de 2020;52(6):418-22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>
74. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 surveillance report [Internet]. Stockholm: ECDC; 2022 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/weekly-surveillance-report>

75. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 1 de octubre de 2004;13(suppl_1):i2-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009878>
76. García-Basteiro AL, Álvarez-Dardet C, Arenas A, et al. Lecciones aprendidas durante la pandemia COVID-19 sobre el manejo de la atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 9];53(9):102108. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lecciones-aprendidas-durante-pandemia-covid-19-S0212656721002146>
77. Comas-Herrera A, Fernández JL, Hancock R, et al. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 9];36(2):89–95. Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-impacto-covid-19-atencion-sociosanitaria-el-articulo-S0213911122000899>
78. Sánchez Gonzales H. Transformación digital y audiencia. Tendencias y uso de la inteligencia artificial en medios verificadores. *Ámbitos Revista Internacional de Comunicación* [Internet]. 2022;(56):9–20 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132569/1/20732-Texto%20del%20art%C3%ADculo-82605-1-10-20220413.pdf?sequence=1>
79. Machado VRN, Pinilla YJG, Del Carmen Salazar Simpson S, Hepburn EA, Elizastegui LEB, Poveda JR. Lecciones aprendidas en la atención a pacientes con COVID-19 en el Centro Integral Provisional de Figali, Panamá. *Rev Cubana Salud Pública*. 25 de julio de 2021;47(3).
80. Sánchez Rosado JC, Díez Parra M. Impacto de la inteligencia artificial en la transformación de la sanidad: beneficios y retos. *Revista Economía Industrial* [Internet]. 2022;(423):129-44 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.mintur.gob.es/Publicaciones/Publicacionesperiodicas/EconomiaIndustrial/RevistaEconomiaIndustrial/423/SA%CC%81NCHEZ%20ROSADO%20Y%20DI%CC%81EZ%20PARRA.pdf>

81. Nagusi Intelligence Center – Behatokia. Inteligencia Artificial para las personas mayores: aplicaciones y oportunidades de negocio [Internet]. Urduliz (Bizkaia): Nagusi Intelligence Center; 2023 [cited 2025 Feb 9]. Available from: https://www.bizkaia.eus/documents/9027320/11569571/%2307_Inteligencia+Artificial_VF-ES.pdf
82. Entradas VM. El auge de la inteligencia artificial en aplicaciones sanitarias [Internet]. Gestión y Economía de la Salud. 2023 Jul 18 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://saludbydiaz.com/2023/07/18/el-auge-de-la-inteligencia-artificial-en-aplicaciones-sanitarias/>
83. Neves BB, Petersen A, Vered M, Carter A, Omori M. Artificial intelligence in long-term care: technological promise, aging anxieties, and sociotechnical ageism. *J Appl Gerontol.* 2023;42(6):1274-82. doi:10.1177/07334648231157370
84. Ma B, Niu Y, Ishfaq A, Ahmad S, Algarni AD, Kumar N, et al. Artificial intelligence in elderly healthcare: a scoping review. *Artif Intell Med.* 2023;137:102461. doi:10.1016/j.arr.2022.101808
85. López JDS, Martín JC, Calvo MV, Martínez FL. Impacto de la inteligencia artificial en calidad asistencial: el camino hacia el futuro. *J Healthc Qual Res.* 2020;35(6):407-8. doi:10.1016/j.jhqr.2019.07.008
86. Sanofi. Inteligencia artificial en la salud: una revolución en curso [Internet]. Campus Sanofi; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://pro.campus.sanofi/es/actualidad/articulos/inteligencia-artificial-salud>
87. IBM. Inteligencia artificial en la medicina: cómo la IA está transformando la atención médica [Internet]. Armonk (NY): IBM; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.ibm.com/mx-es/topics/artificial-intelligence-medicine>
88. Red Hat. ¿Qué es la inteligencia artificial en la atención médica? [Internet]. Red Hat; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.redhat.com/es/topics/ai/what-is-ai-in-healthcare>

89. CAF-Banco de Desarrollo de América Latina. ¿Cómo puede la inteligencia artificial mejorar la salud de los latinoamericanos? [Internet]. CAF; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.caf.com/es/blog/como-puede-la-inteligencia-artificial-mejorar-la-salud-de-los-latinoamericanos>

90. World Health Organization. WHO issues first global report on AI in health and six guiding principles for its design and use [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/28-06-2021-who-issues-first-global-report-on-ai-in-health-and-six-guiding-principles-for-its-design-and-use>

91. Massachusetts Institute of Technology (MIT). Inteligencia artificial en el cuidado de la salud [Internet]. MIT Professional Education; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://executive-ed.xpro.mit.edu/ai-cuidado-salud>

92. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurol [Internet]. 2017 Dec;2(4):230–243 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7752970/>

93. Telefónica. ¿Qué beneficios tiene la inteligencia artificial en la medicina? [Internet]. Telefónica; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.telefonica.com/es/sala-comunicacion/blog/que-beneficios-tiene-la-inteligencia-artificial-en-la-medicina>

94. González-Crespo R, Colomo-Palacios R, de Amescua Seco A. Robocoach: un entrenador personal robótico para el bienestar de las personas mayores. Estrategias de intervención en psicología y salud [Internet]. 2023;8(1):1–15 [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://revistascientificas.us.es/index.php/erips/article/view/20117/18549>

95. National Institutes of Health (NIH). La inteligencia artificial y su salud [Internet]. NIH; 2023 [cited 2025 Feb 5]. Available from:

<https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/la-inteligencia-artificial-y-su-salud>

96. Reddy S, Fox J, Purohit MP. Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *J R Soc Med*. 2019;112(1):22–28. doi:10.1177/0141076818815510

97. European Commission. White Paper on Artificial Intelligence: A European Approach to Excellence and Trust [Internet]. Brussels: European Commission; 2020 [cited 2025 Feb 9]. Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020_en.pdf

98. Holzinger A, Carrington A, Müller H. Measuring the quality of explanations: The system causal explainability scale (SCES). *ACM Trans Intell Syst Technol*. 2021;12(4):1-23.

99. Wang F, Preininger A. AI in health: A map of the current and future AI developments in healthcare. *Big Data Res*. 2019;21:30-5.

100. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage healthcare. *Science*. 2019;366(6464):447-53.

101. Cunningham MJ, Deller AC, Wildman J. Resident and family perspectives on aged care quality: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2015;71(6):1152–63.

102. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(2):217–28.

103. Nilsson J, Johansson L, Bergström G, Lindqvist R. Evaluating quality in residential care: perspectives of residents and their families. *J Adv Nurs*. 2017;73(8):1965–74.

104. Joint Research Centre, European Commission. Multidimensional Inequality Monitoring Framework [Internet]. European Commission; 2023 [cited 2025 Feb

18]. Available from: <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/multidimensional-inequality>

105. García F, López M, Martínez P, et al. Evaluación de la calidad asistencial en centros sociosanitarios: perspectivas de profesionales y familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(2):75–82.

106. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743–1748. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

107. Lee S-J, Park M-S, Chang S-O. Healthcare Professionals' Perceptions of Function-Focused Care Education for Nursing Home Practitioners. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7587. doi:10.3390/ijerph18147587

108. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *J Appl Psychol.* 1980;65(1):96–102. Available from: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.65.1.96>

109. Vincent C, Coulter A. Patient safety: What about the patient? *Qual Saf Health Care.* 2002;11(1):76–80. Available from: <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.76>

110. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med.* 1991;325(14):53–56. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJM199109263251307>

111. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344:e1717. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

112. Vincent C. *Patient safety.* 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.

113. Tay WY, Lai PT, Chong MC, Chua YY, Japar S. A study of the perception of patient safety culture among nurses in Malaysian public hospitals. *J Nurs Manag.* 2014;22(4):554–562. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12050>
114. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(4):338–343. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
115. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(1):5–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw095>
116. González-Touya M, Pesquera M, Blanco-Donoso LM, Díaz-Rodríguez S. Desafíos y lecciones aprendidas en los centros sociosanitarios durante la pandemia de COVID-19: una perspectiva de género. *Gac Sanit [Internet].* 2024 [citado el [fecha de acceso]];38:102358. Disponible en: <https://scielosp.org/article/gs/2024.v38/102358/>
117. García-Basteiro AL, Alvarez-Dardet C, Arenas A, Bengoa R, Borrell C, Del Val M, et al. Algunas lecciones aprendidas (o no) durante la pandemia de COVID-19. *J Healthc Qual Res [Internet].* 2020;35(4):205–210 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-algunas-lecciones-aprendidas-o-no-S2603647920300683>
118. Hernández M, Arce R, López R, Pérez L, Rodríguez A, Villanueva A, et al. La pandemia por COVID-19: impactos y lecciones en América Latina y el Caribe [Internet]. San José: FLACSO; 2022 [cited 2025 Feb 18]. Available from: https://www.flacso.org/sites/default/files/2022-03/la_pandemia_por_covid19.pdf
119. García-García A, Martín-Rodríguez F, Pérez-Milena A, Sánchez-Sánchez J, López-Álvarez D. Inteligencia artificial en atención primaria: un escenario de oportunidades y desafíos. *Aten Primaria [Internet].* 2023;55(10):102527 [cited 2025 Feb 8]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion->

[primaria-27-articulo-inteligencia-artificial-atencion-primaria-un-S0212656723001774](#)

120. Mayer MA. Inteligencia artificial en atención primaria: un escenario de oportunidades y desafíos. *Aten Primaria* [Internet]. 2023;55(11):102744 [cited 2025 Feb 8]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656723002347>

121. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). Estudio sobre la seguridad del paciente en centros sociosanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Available from: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/earcas.pdf>

122. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71. Available from: <http://www.prisma-statement.org/>

123. Linares-Espinós E, Hernández V, Domínguez-Escrig JL, Fernández-Pello S, Hevia V, Mayor J, et al. Metodología de una revisión sistemática. *Actas Urol Esp*. 2018;42(8):499-506. doi:10.1016/j.acuro.2018.01.010

124. Saturno PJ. Diseño de procesos. Método IDEFØ. Mapa de procesos de una organización. En: Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. 2ª ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2008. ISBN: 978-84-8371-756-1.

125. Vijh R, Prairie J, Otterstatter M, Hu Y, Hayden A, Yau B, et al. Evaluation of a multisectoral intervention to mitigate the risk of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) transmission in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(4):451–458. doi:10.1017/ice.2020.1407

126. Wang F, Preininger A. AI in health: state of the art, challenges, and future directions. *Yearb Med Inform.* 2019;28(1):16–26. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677908>

127. European Parliament and Council of the European Union. Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation) [Internet]. Official Journal of the European Union. 2016 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

128. Esteva A, Robicquet A, Ramsundar B, Kuleshov V, DePristo M, Chou K, et al. A guide to deep learning in healthcare. *Nat Med.* 2019;25(1):24–29. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0316-z>

129. Isla Pera P. Perspectivas teóricas más importantes en la investigación cualitativa. En: Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria. Metodología cualitativa en ciencias de la salud. Universidad de Barcelona; p. 1–22.

130. Agencia Española de Protección de Datos. Agencia Española de Protección de Datos: funciones y competencias en el marco normativo actual. *Rev Latinoam Derecho Soc* [Internet]. 2020;2(2):173–190 [cited 2025 Feb 18]. Available from: https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2500-86922020000200173&script=sci_arttext

131. Nunes E, Gouvéa L, Henriques LM, Souza L, Sampaio A, Menezes A, et al. COVID-19 in long-term care facilities for the elderly: laboratory screening and disease dissemination prevention strategies. *Cien Saude Colet.* 2020;25(9):3445–3458. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>

132. Schrodts C, Malenfant J, Hunter J, Slifka KJ, Campbell A, Stone N, et al. Investigation of a suspect Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 and influenza A mixed outbreak: lessons learned for long-term care facilities

nationwide. *Clin Infect Dis.* 2021;73(1):S77–S80. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab372>

133. Dys S, Winfree J, Carder P, Zimmerman S, Thomas KS. Coronavirus disease 2019 regulatory response in United States–assisted living communities: lessons learned. *Front Public Health.* 2021;9:661042. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.661042>

134. Luzón L, Molina Pérez E, Novoa A, Pérez E, Martínez D, Grupo CORECAAS. La seguridad del paciente en las residencias sociosanitarias: la experiencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Aten Primaria.* 2021;53(1):102228. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102228>

135. Vijh R, Prairie J, Otterstatter M, Hu Y, Hayden A, Yau B, et al. Evaluation of a multisectoral intervention to mitigate the risk of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) transmission in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021;42(4):451–458. Available from: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1407>

136. Alawi MMS. Successful management of COVID-19 outbreak in a long-term care facility in Jeddah, Saudi Arabia: epidemiology, challenges for prevention and adaptive management strategies. *J Infect Public Health.* 2021;14:521–526. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.12.036>

137. Bernabeu-Wittel M, Ternero-Vega JE, Nieto-Martín MD, Moreno-Gaviño L, Conde-Guzmán C, Delgado-Cuesta J, et al. Effectiveness of an on-site medicalization program for nursing homes with COVID-19 outbreaks. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2021;76(3):e19–e27. Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa192>

138. Shrader C, Assadzandi S, Pilkerton CS, Ashcraft AM. Responding to a COVID-19 outbreak at a long-term care facility. *J Appl Gerontol.* 2021;40(1):14–17. Available from: <https://doi.org/10.1177/0733464820959163>

139. Garibaldi P, Ferreira N, Moraes G, Moura J, Espósito D, Volpe G, et al. Efficacy of COVID-19 outbreak management in a skilled nursing facility based on serial testing for early detection and control. *Braz J Infect Dis*. 2021;25(2):101570. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101570>
140. Sacco G, Foucault G, Briere O, Annweiler C. COVID-19 in seniors: findings and lessons from mass screening in a nursing home. *Maturitas* [Internet]. 2020 Nov;141:46–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.023>
141. The Japan Geriatrics Society Subcommittee on End-of-Life Issues and New Coronavirus Countermeasure Team, Kuzuya M, Aita K, Katayama Y, Katsuya T, Nishikawa M, et al. The Japan Geriatrics Society consensus statement “recommendations for older persons to receive the best medical and long-term care during the COVID-19 outbreak—considering the timing of advance care planning implementation”. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(12):1112-1119. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>
142. Escobar D, Lanzi M, Saberi P, Love R, Linkin DR, Kelly JJ, et al. Mitigation of a Coronavirus Disease 2019 Outbreak in a Nursing Home Through Serial Testing of Residents and Staff. *Clin Infect Dis*. 2021;72(9):e394-e396. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684>
143. Murti M, Goetz M, Saunders A, Sunil V, Guthrie JL, Eshaghi A, et al. Investigation of a severe SARS-CoV-2 outbreak in a long-term care home early in the pandemic. *CMAJ*. 2021;193(19):E681-E688. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202485>
144. Morales A, Rivas R, Otero P, Briones E. Epidemiology of COVID-19 among health personnel in long-term care centers in Seville. *Rev Clin Esp*. 2022;222(4):205-211. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.06.005>
145. Reddy BP, O'Neill S, O'Neill C. Explaining spatial accessibility to high-quality nursing home care in the US using machine learning. *Spat Spatiotemporal*

Epidemiol. 2022;41:100503. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.sste.2022.100503>

146. Yilmaz T, Ceyhan Ş, Akyön ŞH, Yilmaz TE. Enhancing primary care for nursing home patients with an artificial intelligence-aided rational drug use web assistant. *J Clin Med.* 2023;12(20):6549. Available from:
<https://doi.org/10.3390/jcm12206549>

147. Wang WH, Hsu WS. Integrating artificial intelligence and wearable IoT system in long-term care environments. *Sensors [Internet].* 2023;23(13):5913. Available from: <https://doi.org/10.3390/s23135913>

148. Neves BB, Petersen A, Vered M, Carter A, Omori M. Artificial intelligence in long-term care: technological promise, aging anxieties, and sociotechnical ageism. *J Appl Gerontol.* 2023;42(6):1274–1282. Available from:
<https://doi.org/10.1177/07334648231157370>

149. Lavin P, Lesage M, Monroe E, Kanevsky M, Gruber J, Cinalioglu K, Rej S, Sekhon H. Humanoid robot intervention vs. treatment as usual for loneliness in long-term care homes: study protocol for a pilot randomized controlled trial [Internet]. *Front Psychiatry.* 2022;13:1003881. Available from:
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1003881>

150. Son C-S, Kang W-S, Lee J-H, Moon KJ. Machine learning to identify psychomotor behaviors of delirium for patients in long-term care facility. *IEEE J Biomed Health Inform.* 2022;26(4):1802–1814. Available from:
<https://doi.org/10.1109/JBHI.2021.3116967>

151. Chou T, Huang Y, Chen W. A collaborative framework with artificial intelligence for long-term care. *Proc IEEE Xplore [Internet].* 2020 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9018259>

152. Flores-Martín D, Rojo J, Moguel E, Berrocal J, Murillo JM. Smart nursing homes: self-management architecture based on IoT and machine learning for

rural areas. *Wirel Commun Mob Comput* [Internet]. 2021;2021:8874988.

Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/8874988>

153. Garcés-Jiménez A, Calderón-Gómez H, Gómez-Pulido JM, Gómez-Pulido JA, Vargas-Lombardo M, Castillo-Sequera JL, Aguirre MP, Sanz-Moreno J, Polo-Luque ML, Rodríguez-Puyol D. Medical prognosis of infectious diseases in nursing homes by applying machine learning on clinical data collected in cloud microservices. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(24):13278.

Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph182413278>

154. Hacking C, Verbeek H, Hamers JPH, Sion K, Aarts S. Text mining in long-term care: exploring the usefulness of artificial intelligence in a nursing home setting [Internet]. *PLoS One*. 2022;17(8):e0268281. Available from:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.026>

155. Hebesberger D, Körtner T, Gisinger C, Pripfl J. A long-term autonomous robot at a care hospital: a mixed methods study on social acceptance and experiences of staff and older adults. *Int J Soc Robot*. 2017;9(3):417–429.

Available from: <https://doi.org/10.1007/s12369-016-0391-6>

156. Thapa R, Garikipati A, Shokouhi S, Hurtado M, Barnes G, Hoffman J, et al. Predicting falls in long-term care facilities: machine learning study. *JMIR Aging*

[Internet]. 2022;5(2):e35373. Available from: <https://doi.org/10.2196/35373>

157. Gannod GC, Abbott KM, Van Haitsma K, Martindale N, Heppner A. A machine learning recommender system to tailor preference assessments to enhance person-centered care among nursing home residents. *Gerontologist*.

2019;59(1):167–176. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gny056>

158. Lee S-K, et al. Application of machine learning methods in nursing home research. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6234.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17176234>.

159. Lee SK, Park MS, Chang SO. Identifying the risk factors associated with nursing home residents' pressure ulcers using machine learning methods. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(6):2954. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062954>
160. Lee DS, Wang CX, McAlister FA, Ma S, Chu A, Rochon PA, et al. Factors associated with SARS-CoV-2 test positivity in long-term care homes: a population-based cohort analysis using machine learning. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2022;6:100146. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100146>
161. Sun CLF, Zuccarelli E, Zerhouni EG, Lee J, Muller J, Scott KM, et al. Predicting coronavirus disease 2019 infection risk and related risk drivers in nursing homes: a machine learning approach. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(11):1533–1538. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.030>
162. Dermody G, Fritz R. A conceptual framework for clinicians working with artificial intelligence and health-assistive Smart Homes. *Nurs Inq*. 2019;26(1):e12267. Available from: <https://doi.org/10.1111/nin.12267>
163. Wang H, Chen J, Liu L, Zhang P, Sun T. A risk prediction model for physical restraints among older Chinese adults in long-term care facilities: a machine learning study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2023;25:e43815. Available from: <https://doi.org/10.2196/43815>
164. Alexandru C, Esposito F, Vasileteanu A, Kiselev A. Perspectives and solutions towards intelligent ambient assisted living systems [Internet]. arXiv preprint arXiv:2102.13173; 2021 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://arxiv.org/abs/2102.13173>
165. Lu Y, Chen L, Xiao Y, Wang Y, Zhou X. Creating an intelligent dementia-friendly living space: a feasibility study integrating assistive robotics, wearable

sensors, and spatial technology [Internet]. arXiv preprint arXiv:2401.00959; 2024 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://arxiv.org/abs/2401.00959>

166. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M, Popescu MN. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *Biomed Res Int.* 2020;4:8870249. <https://doi.org/10.1155/2020/8870249>

167. Zimmerman S, Dobbs D, Roth EG, Goldman S, Peeples AD, Wallace B. Promoting and Protecting Against Stigma in Assisted Living and Nursing Homes. *Gerontologist.* 2016;56(3):535–547. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu058>

168. Seshadri S, Concannon C, Woods J, McCullough K, Dumyati G. “It’s like fighting a war with rocks”: Nursing home healthcare workers’ experiences during the COVID-19 pandemic. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021;42(8):1020-1021. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.393>

169. Rassouli M, Ashrafizadeh H, Shirinabadi Farahani A, Akbari ME. COVID-19 Management in Iran as One of the Most Affected Countries in the World: Advantages and Weaknesses. *Front Public Health.* 2020;8:510. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00510>

170. Saturno PJ. Diseño de procesos. Método IDEFØ. Mapa de procesos de una organización. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 30. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-756-1. Depósito Legal: MU-1657-2008.

171. Hado E, Feinberg LF. Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. *J Aging Soc Policy.* 2020;32(4-5):410-415. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684>

172. Van der Ploeg ES, Eppingstall B, O'Connor DW. Internet video chat (Skype) family conversations as a treatment of agitation in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2016;28(4):697–698. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001854>
173. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, de Vries DH. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(11):1569–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
174. Díaz-Veiga P, Sanchoa M, García A, Rivas E, Abad E, Suárez N, Mondragón G, Buizae C, Orbegozo A, Yangua J. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(6):266–271. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14001255>
175. Pascual JA, Gil T, Sánchez JA, Menárguez JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria.* 2019;52(10):738-749. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>
176. Avidor S, Ayalon L. "I Didn't Meet My Mother; I Saw My Mother": The Challenges Facing Long-Term Care Residents and Their Families in the Age of COVID-19. *J Appl Gerontol.* 2022;41(1):22–29. <https://doi.org/10.1177/07334648211037099>
177. Tretteteig S, Eriksen S, Hillestad AH, Julnes SG, Lichtwarck B, Nilsen A, Rokstad AMM. Nursing: Research and Reviews. 2022;12:17–27. <https://doi.org/0.2147/NRR.S328336>
178. Vellani S, Boscart V, Escrig-Pinol A, Cumal A, Krassikova A, Sidani S, Zheng N, Yeung L, McGilton KS. Complexity of Nurse Practitioners' Role in Facilitating a Dignified Death for Long-Term Care Home Residents during the

COVID-19 Pandemic. J Pers Med. 2021;11(5):433.
<https://doi.org/10.3390/jpm11050433>

179. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–576.
<https://doi.org/10.1370/afm.1713>

180. Ruiz-Frutos C, Gómez-Salgado J. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2021;24(1):1578-2549. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2021.24.01.01>

181. Wu Y, Weng C, Wu Z, Xu J. Senior living communities: Made safer by AI [Internet]. arXiv preprint arXiv:2007.05129; 2020. Available from: <https://arxiv.org/abs/2007.05129>

182. Chisholm L, Weech-Maldonado R, Laberge A, Lin F, Hyer K. Nursing home quality and financial performance: Does the racial composition of residents matter? *Health Serv Res*. 2013;48:2060-2080. doi:10.1111/1475-6773.12079

183. Quevedo CH, Rubio DJ. Inequity in the use of social and healthcare services in Spain for disabled people. *Gac Sanit*. 2011;25:85-92. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.021

184. Polloni BB. Other health inequities: A challenge for bioethics. *Rev Calid Asist*. 2014;29:112-115. doi:10.1016/j.cali.2013.08.004

185. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Glenview (IL): Scott, Foresman; 1975.



9



ANEXOS

9. Anexos

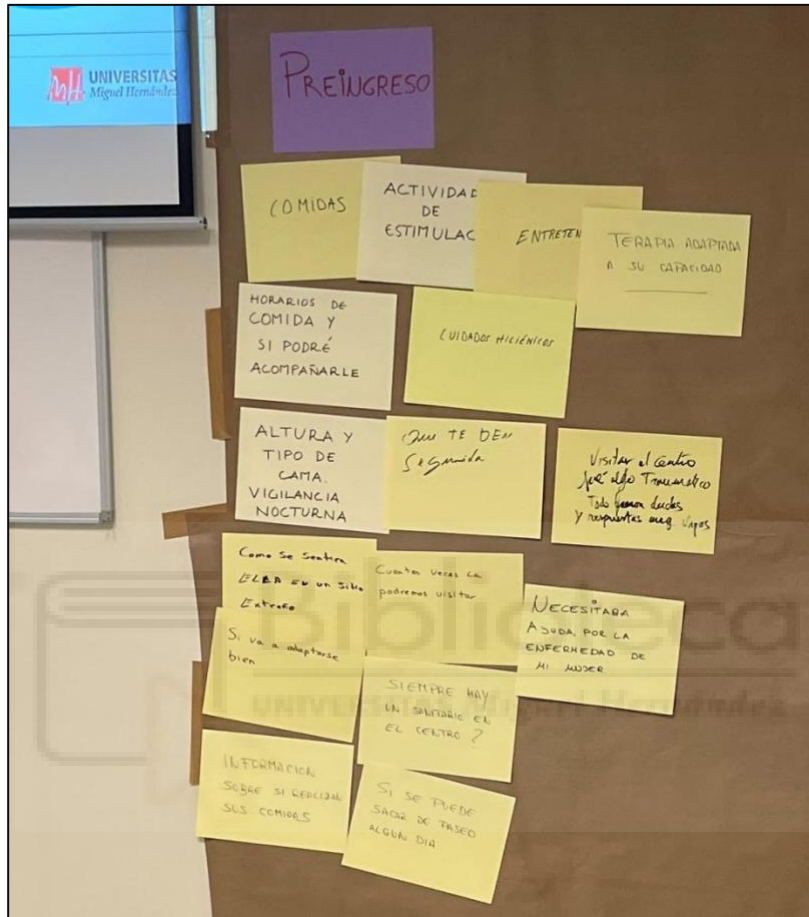


Imagen 1: Resultado grupo nominal fase de preingreso – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

Imagen 3: Resultado grupo nominal fase de baja voluntaria/exitus – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.

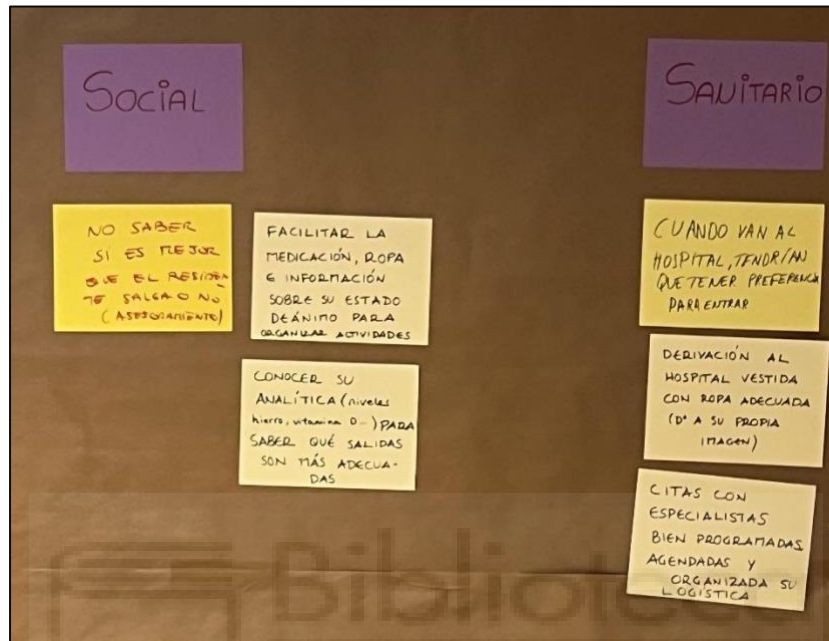


Imagen 4: Resultado grupo nominal durante las salidas del usuario del centro – percepción de inequidades por los familiares. Reservados todos los derechos.



10

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

AGRADECIMIENTOS



10. Agradecimientos

A las 3 mujeres actuales de mi vida. Por ser mi máxima inspiración, soporte y hogar cada día. Lo que os quiero jamás os lo imaginaréis.

Yaya, eres mi persona favorita. Significas para mi el amor más puro y especial de mi vida. Eres la sonrisa y la risa eterna, lo cual se que iluminará mi vida eternamente. También, por supuesto, eres la mejor definición de saber vivir la vida.

A mi hermana (tata), mi persona todo. No existe nadie en el mundo que me complemente mejor y que aporte como tú lo haces. No hay nadie como tú. Los papás me hicieron el mejor regalo. Saber que existes es mi mayor tranquilidad. Te admiro en todos los sentidos. Sé que los sueños, durante toda la vida, los celebraremos, compartiremos y viveremos juntas.

Y, a mi madre (mamá), por demostrarme que si uno quiere puede. Eres ejemplo en todos los sentidos, y referente en los valores de la constancia, el esfuerzo y el compromiso. Por la escucha eterna, activa y acompañarme al fin del mundo. Te has hecho experta en investigación y en todo en lo que me he embarcado. Sin ti, no hubiese sido posible nada de lo logrado.

Yayi, la tesis doctoral también es igual de tuya. Eres la inigualable definición de familia. Eres el que nos sostienes a todos, los cimientos más sólidos de la familia y la persona con el corazón más bonito que he conocido y conoceré. Siempre a mi lado.

Papá, por estar en cada paso. Gracias.

A mis abuelos (yayi desde donde estés, siempre estás), a mis tíos, primos y demás familia. Por ser parte y haber acompañado en este maravilloso camino. Gracias por todo.

A mis amigos, y en especial, a mis Lady's, por estar a mi lado siempre, porque estar a vuestro lado es felicidad absoluta y porque no puedo tener mejor familia elegida. Os quiero.

A mi directora de tesis doctoral, Mercedes, y a mi codirectora, Irene. Porque no podía haber tenido más suerte. Por guiar, motivar, inspirar, impulsar, enseñar y dirigir como nadie todos los días, desde el primer día que comenzamos el recorrido más enriquecedor a nivel académico, profesional y personal llamado Doctorado. Habéis construido a una persona que, desde el Grado en Terapia ocupacional en esta ejemplar Universidad, sólo tenía ganas de aportar a la mejora de la sanidad, y ahora es una apasionada de la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Gracias por estos maravillosos años.

A ReCoVa y, a todas las personas cuidadoras, usuarios y profesionales que de una forma u otra participaron en la parte cualitativa de la tesis doctoral. Y, a todas las personas que, a nivel profesional, he tenido la grandísima suerte de conocer y coincidir en este camino, a través de: congresos, premios, seminarios, cursos, jornadas y un largo etcétera, gracias.

Y por supuesto a la vida, por llenarme de oportunidades y aprendizajes. Por ser un viaje apasionante. Y, como no, al futuro, porque lo mejor es lo que está por llegar.

Gracias vida.



**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS:
EXPERIENCIAS DE PERSONAS USUARIAS,
FAMILIARES, CUIDADORES Y PROFESIONALES, Y
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS SOLUCIONES
BASADAS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL**

Marina Martínez Payá

Directora de la tesis

Dra. Dña. Mercedes Guilabert Mora

Codirectora de la tesis

Dra. Dña. Irene Carrillo Murcia