

NEXT CARE

EURO POLO DE INNOVACIÓN EN LONGEVIDAD

Resultados y Aprendizajes

NEXT CARE

Responsables del proyecto

Nerea Melgosa

Consejera del Departamento de Bienestar, Juventud
y Reto Demográfico
Gobierno Vasco

Dirección

Marian Olabarrieta

Directora de Apoyos para la Vida Plena.
Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico
Gobierno Vasco

Coordinación

Javier Castro-Spila

Investigador Principal
Centro de Innovación en Políticas Sociales – GIZALAB

Asesoramiento, revisión y diseño

Arantxa Sainz de Murieta

Jokin Arregi

Komunikatik

Fondos Next Generation

NEXT-CARE (Euro-Polo Transfronterizo de Innovación en Longevidad) es un proyecto financiado por la Unión Europea – Next Generation EU en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España.

Vitoria-Gasteiz, 2025

Índice

Prólogo	4
Introducción	5
Retos de la longevidad, innovación y cooperación transfronteriza	6
Buenas prácticas de innovación en longevidad en las regiones NEXT-CARE	14
Casos demostración: innovación en longevidad	20
La red NEXT-CARE: innovación, investigación y formación	26
Guía transfronteriza de innovación en longevidad	30
Políticas sociosanitarias y de innovación en longevidad	38
Innovación en longevidad: escenarios 2040	44
Recomendaciones	50
Anexo	52

Prólogo

Por primera vez en la historia, nuestra sociedad vive un fenómeno sin precedentes: la coincidencia de cinco o más generaciones compartiendo tiempo y espacio. En la Euro-Región —Euskadi, Navarra, Nueva Aquitania y Occitania— la esperanza de vida supera ya los 82 años, situándose entre las más altas de Europa. Y mirando hacia 2050, más de un tercio de la población tendrá 65 años o más. La longevidad, uno de los grandes logros colectivos de nuestro tiempo, nos sitúa ante un cambio que no es solo demográfico, sino también social, cultural y político. Un cambio que interpela a familias y comunidades, a instituciones públicas y empresas, al mundo educativo, científico y asociativo.

La longevidad debe entenderse como una oportunidad para renovar nuestro pacto intergeneracional. Vivir más significa también convivir más, compartir responsabilidades y aprendizajes entre edades, y garantizar que el bienestar de las generaciones actuales no se alcance a costa del futuro de las que vienen. Solo desde la solidaridad intergeneracional podremos sostener sociedades más cohesionadas, inclusivas y justas.

La nueva longevidad se plantea, por tanto, como un paradigma renovador en el que la persona, con sus capacidades y derechos, ocupa el centro. Ello implica repensar políticas públicas, sistemas de salud y estructuras sociales para garantizar no solo más años de vida, sino más vida en esos años: autonomía, participación comunitaria, cuidados de calidad y dignidad hasta el final del ciclo vital.

En este horizonte se sitúa el proyecto NEXT-CARE, Euro-Polo de Innovación en Longevidad. Su mayor aportación ha sido generar un espacio transfronterizo de conocimiento y aprendizaje en el que instituciones, profesionales, organizaciones y ciudadanía de Euskadi, Navarra, Nueva Aquitania y Occitania han trabajado juntos para impulsar la innovación en cuidados, apoyos y políticas públicas de longevidad. Su objetivo ha sido claro: mejorar la vida de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia, verdaderas protagonistas de esta transformación, garantizando dignidad, seguridad y autonomía.

Este libro recoge aprendizajes y recomendaciones fruto de estos años de trabajo compartido. Ofrece claves para avanzar hacia un modelo de longevidad que entendemos no solo como un éxito social, sino como una verdadera inversión humana, centrada en las personas, abierta a la diversidad y basada en la cooperación entre territorios y agentes.

Confío en que estas páginas sirvan de inspiración a quienes trabajan en lo público y lo privado, en lo académico, lo social y lo empresarial, para seguir construyendo comunidades más inclusivas y solidarias. Porque el futuro de la longevidad se escribe hoy, con visión, cooperación y compromiso intergeneracional.

Nerea Melgosa

Consejera de Bienestar, Juventud
y Reto Demográfico

Introducción

Longevidad y sus dimensiones

La longevidad no debe entenderse como un “reto del envejecimiento” sino como la transformación intergeneracional del ciclo vital. Así, longevidad se refiere al incremento sostenido de la esperanza de vida al nacer y en edades avanzadas, lo que supone garantizar el bienestar en diferentes etapas de vida y sus diferentes transiciones, reconfigurando los roles y competencias de las personas en cada momento vital. La longevidad debe ser entendida entonces como la capacidad de una sociedad para transformar el aumento de la esperanza de vida en un pacto de cooperación entre edades, donde cada generación contribuye y se beneficia de la otra, según un principio de sostenibilidad en el que la garantía de bienestar de las generaciones actuales no comprometa el bienestar de las generaciones futuras.

Desde la perspectiva del ciclo de vida, la longevidad afecta la secuencia y cronología de los hitos vitales y sus transiciones en cada momento de la vida. Mientras más largo es el ciclo vital de las personas, mayor es la interdependencia entre diferentes generaciones. Así, mientras más generaciones conviven en un mismo espacio —social, geográfico, temporal— mayor es la alteración de las interdependencias entre generaciones

Desde la perspectiva de la economía del envejecimiento, la longevidad plantea la distribución de recursos entre las diferentes cohortes generacionales, lo que impulsa iniciativas hacia un nuevo contrato social, un marco de cooperación y solidaridad intergeneracional para sostener la cohesión social y bienestar de todas las generaciones.

Desde la perspectiva de la innovación, la longevidad plantea la relevancia de impulsar enfoques ecosistémicos de la innovación, combinando innovaciones tecnológicas, sociales, institucionales, comunitarias, culturales y organizativas sobre la base de modelos de transición hacia nuevos modelos de longevidad.

Los objetivos del proyecto NEXT-CARE

El objetivo general del proyecto NEXT-CARE consiste en diseñar, impulsar y conectar entidades locales y administraciones públicas en las regiones de Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Altos Pirineos ligadas al desarrollo de la innovación en longevidad, a partir de diseñar diagnósticos y futuros, red de aprendizaje y buenas prácticas, así como el diseño de políticas sociales y socio-sanitarias para promover la transición hacia nuevos modelos de cuidados para personas adultas mayores. El proyecto NEXT-CARE tiene tres objetivos específicos y acciones para impulsar la innovación en longevidad.

Objetivo específico 1.

Realizar procesos diagnósticos y diseño de futuros para la cooperación transfronteriza en materia de innovación y políticas de longevidad

Objetivo específico 2.

Diseñar y poner en marcha una Red de Aprendizaje NEXT-CARE de carácter transfronterizo en innovación y políticas de longevidad

Objetivo específico 3.

Diseñar y realizar estudios comparados sobre políticas sociales y socio-sanitaria entre las regiones que integran el proyecto NEXT-CARE.

Capítulo 1

Retos de la longevidad, innovación y cooperación transfronteriza

La construcción de un Euro Polo Transfronterizo de Innovación en Longevidad impulsado por el Proyecto NEXT-CARE que se desarrolla en las regiones de Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Occitania, constituye un desafío complejo que afronta diferentes tipos de retos.

El primero, se refiere a los desafíos de la longevidad. La longevidad observada desde la perspectiva demográfica ha sido considerada como un éxito social y sanitario, pero también es un reto puesto que el aumento sostenido de la población de personas mayores (65+), junto con una reducción de la población joven, plantea desafíos en torno a la sostenibilidad de los recursos públicos, la organización, gestión y calidad de la atención, cuidados y apoyos, así como la necesidad de un pacto intergeneracional para garantizar que las generaciones actuales dispongan de las mismas oportunidades de atención y cuidados que las generaciones futuras.

Por otro lado, la longevidad entendida desde la perspectiva del ciclo vital no solo se refiere a vivir más tiempo sino vivir mejor (calidad de vida). Así, las dinámicas de longevidad tienen como propósito estimular a las personas mayores para desarrollar hábitos de vida saludables, mantener y desarrollar vínculos so-

ciales y afectivos sólidos y permanentes, así como tener y mantener propósitos vitales (proyectos e intereses). Estas dinámicas de longevidad se desarrollan de diferente manera según contextos sociales transfronterizos dependiendo de las relaciones urbano-rural, el acceso a servicios de calidad, recursos y políticas.

Estas cuestiones vinculadas a la longevidad configuran un horizonte de tensiones y desafíos que solo pueden abordarse de manera sostenible mediante enfoques innovadores y modelos de gobernanza sólidos, inclusivos y adaptativos. Sin embargo, tanto la innovación como la gobernanza deben enfrentar retos y desafíos propios, ya que todo proceso de transformación implica incertidumbres y riesgos que, en última instancia, condicionan la sostenibilidad de las innovaciones institucionales, sociales, culturales y tecnológicas a largo plazo.

Este capítulo explora estos retos y desafíos y ofrece un balance sobre respuestas posibles y potenciales que han sido consideradas y discutidas en el marco del proyecto NEXT-CARE para las regiones de Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Altos Pirineos (Occitania).

1.1. Los retos de la longevidad en las regiones NEXT-CARE

1.1.1. La longevidad en las regiones NEXT-CARE

El análisis comparado de los índices de envejecimiento (Tabla 1) revela un patrón común de sociedades longevas en las regiones NEXT-CARE, aunque con intensidades diferentes.

Euskadi, con un 170% de índice de envejecimiento (2023), se sitúa como una de las comunidades más envejecidas de Europa, reflejo de una longevidad elevada y una base juvenil reducida. Navarra, con un 129% y proyecciones hacia el 207% en 2039, muestra un proceso acelerado de envejecimiento que anticipa un fuerte desequilibrio intergeneracional en las próximas décadas.

En el lado francés, Pirineos Atlánticos registra un 112% de índice de envejecimiento, y Occitania en torno al 104%. Son valores más moderados pero que confirman la misma dinámica de sobre-representación de personas mayores de 65 años respecto a las cohortes de personas jóvenes.

En conjunto, estas cifras no solo constatan el éxito sanitario y social que supone alcanzar altas esperanzas de vida, sino que ponen de relieve la necesidad de reinterpretar la longevidad como un fenómeno intergeneracional: más años compartidos entre cuatro generaciones, mayor interdependencia entre cohortes y, al mismo tiempo, un desafío creciente para la sostenibilidad de los cuidados, las pensiones y la cohesión social.

1.1.2. La tensión rural-urbano

La longevidad en Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Occitania se vive de manera desigual entre áreas urbanas y rurales, generando una tensión territorial significativa. En las capitales y entornos metropolitanos —Bilbao, Vitoria-Gasteiz, Pamplona-Iruña, Bayona, Toulouse o Montpellier—, la población es relativamente más joven, con mayor acceso a servicios sanitarios, educativos y oportunidades laborales que favorecen la retención de población activa.

En contraste, las zonas rurales y de montaña concentran mayores tasas de envejecimiento, despoblación juvenil y aislamiento. Este desequilibrio provoca un doble reto: mientras las ciudades deben adaptarse a un envejecimiento cuantitativamente masivo, pero con recursos relativamente disponibles, el medio rural enfrenta un envejecimiento cualitativamente más crítico donde la dispersión, la falta de infraestructuras y la reducción de redes comunitarias intensifican la vulnerabilidad de las personas mayores.

1.1.3. La longevidad en zonas rurales

Las personas mayores en zonas rurales tienen acceso limitado a la atención sanitaria y de cuidados, agudizando las desigualdades preexistentes y profundizando en nuevas desigualdades. Además, la migración de la población joven y activa hacia las ciudades disminuye las bases fiscales y laborales en esas regiones, afectando al dinamismo económico y a la disponibilidad de recursos para servicios esenciales. Por último, la dispersión geográfica y las brechas digitales entre las personas mayores acentúan

Territorio	Población ≥65 (%)	Índice de envejecimiento	Interpretación
Euskadi	24% (2024)	170% (2023)	170 personas mayores de 65 por cada 100 jóvenes menores de 16 años
Navarra	21% (2024)	129% (2024)	129 personas mayores de 65 por cada 100 jóvenes menores de 16 años
Pirineos Atlánticos	25% (2022)	112% (2022)	112 personas mayores de 65 por cada 100 jóvenes menores de 16 años
Occitania	22% (2019)	104% (2019)	104 personas mayores de 65 por cada 100 jóvenes menores de 16 años

Tabla 1. Índices de envejecimiento en las regiones NEXT-CARE

no solo los límites al acceso a servicios, sino también el acceso a comunidades, lo que incrementa y profundiza los procesos de soledad no deseada.

1.1.4. La longevidad en zonas urbanas

En los entornos urbanos se concentra una mayor oferta de servicios sanitarios, sociales y culturales, que son también los espacios donde reside una mayor proporción de personas mayores —mayor densidad demográfica—, una situación que incrementa la presión sobre los servicios de salud y sociales. Al mismo tiempo, existe un parque de viviendas verticales, en muchos casos envejecido, que limita la accesibilidad a las personas mayores. A esto se suma la competencia intergeneracional por espacios y recursos urbanos —como la vivienda, el transporte o las áreas de recreo—, que obliga a repensar el acceso no solo a los recursos sanitarios y sociales, sino también a los recursos urbanos y comunitarios.

1.1.5. La accesibilidad y coordinación de servicios

El envejecimiento de la población es un éxito del modelo de salud y cuidados, pero también un desafío institucional cuando se busca implantar modelos personalizados y coordinados de atención. Este desafío tiene puntos críticos en la coordinación de servicios —sanitarios, sociales, comunitarios— puesto que genera duplicidades, ineficiencias, y no se adapta adecuadamente a las necesidades y trayectorias vitales de las personas mayores que, en edades avanzadas, se caracterizan por padecer pluripatologías, fragilidad —física y social—, y necesidad de apoyos para la vida cotidiana.

1.1.6. Disponibilidad de personas profesionales y formación en el sector

La atención, los cuidados y los apoyos dirigidos a personas mayores en situación de fragilidad, dependencia y necesidades complejas requieren de un sistema de formación profesional continuo e integrado, capaz de responder a los distintos tipos de demandas mediante servicios personalizados y coordinados. Sin embargo, esta necesidad se enfrenta a importantes dificultades debido a la esca-

sez de profesionales de la enfermería y de personas cuidadoras que prestan apoyos para la vida diaria en el ámbito domiciliario, una carencia que está repercutiendo directamente en la calidad de la atención.

1.1.7. La equidad de género en la atención, cuidados y apoyos

La longevidad de la población ha intensificado brechas de género en el ámbito de los cuidados, puesto que son las mujeres en las familias y en el ámbito profesional e informal de la atención y cuidados, quienes sostienen la mayor parte del trabajo de atención, cuidados y apoyos para las personas mayores. Esta situación también se profundiza por el débil reconocimiento social y económico del esfuerzo por cuidar, lo que afecta a condiciones laborales de las mujeres que desempeñan estas actividades.

1.1.8. La solidaridad intergeneracional

En contextos sociales con elevadas tasas de envejecimiento de la población, como es el caso de las regiones NEXT-CARE, la solidaridad intergeneracional se presenta como un desafío directamente vinculado a la sostenibilidad de los sistemas sociales, sanitarios y sociosanitarios. Esta sostenibilidad supone garantizar el bienestar de las generaciones actuales sin comprometer el de las generaciones futuras. El reto implica generar espacios de aprendizaje mutuo, compartir experiencias, tanto en el ámbito familiar como en el social, y promover la sensibilización sobre el valor de cada generación, reconociendo que todas poseen capacidades específicas que pueden combinarse y compartirse para prevenir el edadismo y la exclusión social.

1.2. Los desafíos de la innovación en longevidad

1.2.1. Innovación Social

La innovación social puede definirse como el desarrollo e implementación de nuevos o mejorados productos, métodos, servicios, soluciones o modelos organizativos y comunitarios que aportan respuestas sostenibles a los problemas sociales asociados a la longevidad. Estas innovaciones impulsan estrategias de cooperación —entre organizaciones e institucio-

nes— e inclusión —de personas y comunidades— con el objetivo de atender de manera adecuada las necesidades de las personas mayores, promoviendo su bienestar, autonomía y participación activa en la vida comunitaria. Asimismo, permiten abordar problemas y desafíos específicos para avanzar hacia nuevos modelos de longevidad en las regiones NEXT-CARE.

Cambio de paradigma sobre la vejez

Problema. La vejez ha sido culturalmente comprendida como una etapa de declive y dependencia en la que apenas se reconocen las múltiples capacidades y las valiosas contribuciones que pueden realizar las personas mayores, tanto a la sociedad como a la economía, así como a la vida institucional y a la cultura de otras generaciones.

Reto de innovación. La innovación social en longevidad se enfrenta al desafío de transformar este paradigma, promoviendo una nueva visión del envejecimiento. Su propósito consiste en impulsar programas, proyectos y espacios comunitarios que permitan experimentar y consolidar nuevos modelos de longevidad. A través de estas iniciativas, la innovación social impulsa experiencias y redes que ponen en valor la contribución de las personas mayores en los procesos de gobernanza institucional, la mentoría intergeneracional para la creación de empresas, el asesoramiento en entidades sociales y la participación activa en la vida comunitaria, entre otros ámbitos.

Impulso de comunidades y espacios de participación

Problema. Las personas mayores (65+) participan en la vida comunitaria de formas diferentes a las de otras generaciones. Sin embargo, los modelos y el diseño —tanto físico como social— de los espacios de participación no siempre están adaptados a sus modos y competencias, lo que dificulta su implicación plena y limita las oportunidades de generar dinámicas intergeneracionales.

Reto de innovación. La innovación social en longevidad afronta el desafío de impulsar nuevos modelos comunitarios y espacios de participación que integren a las personas mayores junto con otras generaciones. El propósito de estas innovaciones es promover programas, proyectos o iniciativas que fomenten el voluntariado cultural y social en los que participan las personas mayores; experiencias de codiseño participativo para crear espacios físicos multiuso — bibliotecas, cafeterías, centros— adaptados a sus necesidades; y redes de apoyo intergeneracional

que conecten a personas mayores con jóvenes. El conjunto de estos proyectos favorece el desarrollo de nuevas competencias, fortalecen la autoestima y contribuyen a la creación de comunidad.

Combatir la soledad no deseada y aislamiento social

Problema. El fenómeno de soledades no deseadas entendidas como el sentimiento subjetivo de aislamiento social que experimenta una persona cuando sus relaciones no son suficientes o carecen de la calidad o intensidad que se desearía. No se trata de una situación elegida, sino impuesta, que se prolonga en el tiempo y genera un profundo malestar. En las regiones NEXT-CARE, la soledad no deseada afecta entre el 10% y el 15% de las personas mayores (65+).

Reto de innovación. La innovación social en longevidad tiene el desafío de promover actividades de prevención, intervención y evaluación de la soledad no deseada fomentando redes de amistad y participación comunitaria. Esto incluye iniciativas de voluntariado intergeneracional, clubes de paseo, grupos de lectura y otras iniciativas que favorecen la inclusión social de las personas mayores en interacción con otras generaciones.

1.2.2. Innovación tecnológica

La innovación tecnológica puede entenderse como la aplicación de nuevas tecnologías para el diseño de productos y servicios vinculados a la atención y los cuidados basados a través de plataformas digitales, inteligencia artificial o robótica social. Su finalidad es prevenir soledades no deseadas, mantener e incrementar la autonomía de las personas mayores, facilitar la generación y el uso de datos, y promover la interoperabilidad de la información para la gestión integral de las historias de vida socio-sanitarias. Todo ello orientado a desarrollar modelos integrados de atención, cuidados y apoyos.

Brecha digital generacional

Problema. Las nuevas tecnologías permiten avanzar en el desarrollo de modelos de gestión para la prevención e intervención coordinada en la atención, los cuidados y los apoyos. Sin embargo, muchas de estas soluciones tecnológicas se diseñan desde la perspectiva de personas expertas, sin contar con la participación de las personas usuarias mayores de 65 años. Esto afecta directamente a la usabilidad, ya que no se consideran las competencias y capacidades reales de las personas mayores en el uso de

estas tecnologías. Como consecuencia se generan situaciones de aislamiento social debido a las limitaciones para comunicarse con familiares y amistades a través de videollamadas, redes sociales u otros canales digitales. Paralelamente, el creciente uso de tecnologías en servicios médicos, bancarios y administrativos limita la accesibilidad de las personas mayores, generando situaciones de desigualdad de oportunidades y acceso, sentimientos de inutilidad y exclusión, así como una mayor vulnerabilidad frente al fraude digital y la pérdida de autonomía al depender de terceros con competencias digitales para realizar trámites y gestiones.

Reto de innovación. La brecha digital exige el desarrollo de proyectos e iniciativas orientados al codiseño y la coevaluación de tecnologías adaptadas a personas con bajas competencias digitales para facilitar tanto su inclusión social como digital. Además de promover la participación activa de las personas mayores en los procesos de codiseño, resulta clave impulsar actividades de formación en competencias digitales y el desarrollo de soluciones accesibles como asistentes de voz, sensores inteligentes e interfaces simplificadas que contribuyan a mejorar su autonomía y calidad de vida.

Uso ético de los datos personales

Problema. Una de las principales aportaciones de las nuevas tecnologías es el desarrollo de algoritmos integrados en plataformas digitales que favorecen la coordinación de servicios, mejoran la eficiencia en la gestión y permiten una interacción más fluida y personalizada con las personas usuarias. Al mismo tiempo, la creciente capacidad para procesar grandes volúmenes de datos socio-sanitarios ofrece ventajas significativas en materia de prevención, intervención eficaz, seguimiento y monitorización de situaciones de salud y de carácter social.

Reto de innovación. La innovación tecnológica enfrenta el desafío de garantizar el estricto cumplimiento de las normas de protección de datos, evitando su uso indebido o con fines de comercialización. Además, las limitaciones de muchas personas mayores para gestionar estas herramientas pueden convertirse en un problema de derechos si no se abordan adecuadamente, comprometiendo tanto su autonomía como su plena inclusión digital y social.

1.2.3. Innovación cultural

La innovación cultural en longevidad se refiere a la transformación de valores, creencias, prácticas personales y formas de relación que permiten redefinir el envejecimiento, el cuidado y la manera en que las personas se vinculan con su salud y bienestar en todas las etapas de la vida, especialmente en la vejez, modificando sus actitudes y modos de vida no saludables. El envejecimiento saludable y activo es una elección y una responsabilidad personal que precisa de nuevas competencias de cuidados.

Edadismo y cultura de los cuidados

Problema. En las sociedades longevas persisten situaciones de prejuicio por edad, conocidas como edadismo. Este se manifiesta como un sistema de creencias y prejuicios que considera a las personas mayores una carga, las percibe con limitaciones para aprender cosas nuevas o genera sentimientos de rechazo, infantilización y negación de oportunidades laborales en función de la edad. El edadismo tiene un impacto negativo en la salud mental y reduce de forma significativa la calidad de vida de las personas mayores.

Reto de innovación. La innovación cultural afronta el desafío de promover proyectos e iniciativas de sensibilización que visibilicen y valoren el talento de las personas mayores, fomentar actividades entre generaciones para generar vínculos de aprendizaje mutuo, junto con la creación de espacios físicos inclusivos que favorezcan la convivencia y la participación mediante programas de sensibilización.

Intergeneracionalidad y convivencia

Problema. El impulso de la intergeneracionalidad y la creación de espacios de convivencia entre diferentes generaciones constituye un importante espacio para el cambio cultural sobre la longevidad. Sin embargo, las diferencias culturales, estilos de vida, brechas tecnológicas, falta de espacios para compartir experiencias intergeneracionales, limitada formación, sensibilización y empatía entre generaciones, limitan esta potencialidad de la innovación cultural.

Reto de innovación. Las innovaciones culturales deben superar estas brechas en los estilos de vida, en las competencias tecnológicas, y en las culturas de la longevidad impulsando proyectos e iniciativas que fomenten el intercambio intergeneracional basado en experiencias de aprendizaje mutuo, espacios y programas comunitarios que desarrollen proyectos artísticos y mentorías cruzadas impulsando vivencias compartidas con otras iniciativas.

1.2.4. Innovación institucional

La innovación institucional puede entenderse como el diseño e implementación de productos, procesos, normas (regulaciones) y servicios orientados a garantizar la calidad de vida de las personas y poblaciones que son objeto de los servicios públicos. Este tipo de innovación impulsa una cultura innovadora en la gestión administrativa, la evaluación y el liderazgo transformador favoreciendo la coordinación de servicios entre entidades públicas, privadas y sociales, e incorporando a las personas usuarias en los procesos de gestión de la calidad y la atención. Finalmente, la innovación institucional fomenta la sostenibilidad mediante la implantación de modelos que aseguren la continuidad, una financiación estable, capacidades técnicas suficientes y la adaptación permanente a los cambios de contexto.

Inercia institucional y trayectoria de políticas

Problema. Las políticas sociales y socio-sanitarias, tanto en su nivel estratégico como operativo, son dependientes de la trayectoria. La inercia institucional es resistente al cambio. En un contexto social dinámico las políticas deben asumir principios adaptativos para actualizar los modelos de atención, cuidados y apoyos. Sin embargo, este proceso exige nuevas competencias y estrategias de transición que resultan difíciles de desarrollar e implementar en instituciones públicas condicionadas por marcos normativos rígidos y rutinas organizativas fuertemente consolidadas.

Reto de innovación. Desarrollar nuevos modelos centrados en las personas y en la comunidad implica superar múltiples obstáculos derivados del peso de la trayectoria de los actuales modelos de gestión institucional. En este sentido, la innovación institucional se articula a través de enfoques incrementales que incluyen el diseño de futuros, el desarrollo de nuevas competencias, la introducción de productos, procesos y servicios innovadores o mejorados, la puesta en marcha de modelos de gobernanza adaptativa, así como la evaluación de impactos y el aprendizaje continuo.

Sostenibilidad de los sistemas de atención, cuidados y apoyos

Problema. El aumento de la longevidad de la población constituye un éxito indiscutible de las políticas sociales, sanitarias y de bienestar, ya que ha permitido que las personas vivan más años y en mejores condiciones. Sin embargo, este logro plantea un reto creciente: exige una mayor inversión de recursos pú-

blicos en un contexto demográfico marcado por dos tendencias simultáneas. Por un lado, un incremento sostenido de la población mayor, con más años de vida activa pero también con necesidades específicas de atención y cuidado. Por otro, una reducción relativa de la población joven, que limita la base contributiva y el sostenimiento del sistema. En estas condiciones, la sostenibilidad de los recursos públicos debe replantearse para lograr un equilibrio entre el reconocimiento del éxito alcanzado y la adaptación de las políticas a los nuevos desafíos demográficos y sociales.

Reto de innovación. Este escenario plantea importantes desafíos a los modelos públicos de bienestar, que requieren fórmulas y mecanismos de financiación innovadores capaces de garantizar servicios de calidad frente a una creciente demanda de atención, cuidados y apoyos. Para ello, se hace necesario avanzar en políticas de prevención, de carácter proactivo y comunitario, que integren nuevas tecnologías —como la teleasistencia, la inteligencia artificial o la domótica— junto con modelos de gobernanza y cooperación más flexibles, orientados a una mayor eficiencia en la gestión.

Integración intersectorial

Problema. Las políticas públicas tienden a estructurarse en ámbitos sectoriales estancos lo que dificulta la construcción de respuestas integrales y coherentes frente a problemas sociales que, por naturaleza, son multidimensionales. Esta fragmentación institucional provoca solapamientos, vacíos y falta de coordinación entre los distintos sistemas, dificultando el avance hacia modelos de atención más personalizados, flexibles y centrados en las personas y las comunidades. Como consecuencia se debilita la capacidad de la Administración Pública para responder de manera eficaz a los retos contemporáneos que requieren enfoques intersectoriales, colaborativos y adaptados a la complejidad de las trayectorias vitales de las personas usuarias de servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios.

Reto de innovación: Para el impulso de políticas de longevidad transversales, coordinadas —entre servicios— y participativas —entre personas usuarias de servicios—, el reto de innovación consiste en implementar protocolos de coordinación, impulsar plataformas digitales que faciliten la interoperabilidad de datos socio-sanitarios.

Participación social en el diseño de políticas de las personas mayores

Problema. Con frecuencia, las decisiones en materia de políticas públicas y de atención y cuidados se adoptan sin la participación directa de las personas mayores, quienes no solo son usuarias y beneficiarias de los servicios, sino también portadoras de un conocimiento valioso derivado de su experiencia vital. Su exclusión limita la posibilidad de reconocerlas como expertas en longevidad y envejecimiento desaprovechando así un recurso fundamental para el diseño de respuestas más pertinentes, inclusivas y ajustadas a sus necesidades reales.

Reto de innovación. Diseñar mecanismos de consulta, representación y codiseño de políticas con las personas mayores a través de implementar paneles de personas usuarias, familiares y profesionales para garantizar la participación en los procesos de gestión de la atención, cuidados y apoyos.

1.3. Los desafíos de la cooperación transfronteriza en longevidad

1.3.1. Las desigualdades estructurales entre las regiones

Problema. Las desigualdades en el desarrollo económico, las dinámicas demográficas y las capacidades institucionales entre las regiones NEXT-CARE generan importantes obstáculos para la armonización de estrategias, dificultando la construcción de respuestas comunes y coherentes a los desafíos compartidos a nivel transfronterizo.

Reto de la cooperación. Diseñar mecanismos de cooperación que fortalezcan las capacidades técnicas, administrativas y de gobernanza entre regiones, impulsando programas de formación conjunta, transferencia de buenas prácticas y la creación de espacios compartidos —como laboratorios u oficinas transfronterizas— que conecten a los agentes locales en procesos de formación, innovación y evaluación con una dimensión transfronteriza.

1.3.2. Falta de marcos legales compartidos

Desafío. La ausencia de un marco jurídico transfronterizo específico sobre longevidad y sobre derechos de las personas mayores limita la posibilidad de organizar de manera coherente la atención, cuidados y

apoyos transfronterizos, así como generar espacios efectivos de convergencia y coordinación de políticas de longevidad entre regiones.

Reto de cooperación. Dinamizar y consolidar marcos regionales o multilaterales que orienten la formulación e implementación de políticas transfronterizas, incluyendo protocolos de atención compartida, redes de aprendizaje e intercambio de conocimientos, así como estrategias conjuntas para intervenir en el ámbito de los cuidados y la atención social.

1.3.3. Coordinación institucional limitada

Desafío. La cooperación transfronteriza en torno a la longevidad se encuentra fragmentada, con intervenciones dispersas entre agencias de salud, servicios sociales y actividades transfronterizas específicas y débilmente coordinadas. Esta falta de articulación limita la posibilidad de dar una respuesta coherente y sostenible a los desafíos del envejecimiento poblacional en clave transfronteriza, debido a la ausencia de modelos integrados de coordinación y gobernanza capaces de alinear prioridades, recursos y capacidades a ambos lados de la frontera.

Reto de cooperación. Impulsar una gobernanza multinivel que incorpore mecanismos de coordinación entre agentes y gobiernos locales, favoreciendo la creación de infraestructuras como consejos transfronterizos en longevidad y plataformas compartidas de conocimiento e innovación —laboratorios, incubadoras y aceleradoras de innovación en longevidad—, junto con modelos de cofinanciación que refuercen la sostenibilidad de estas iniciativas.

1.3.4. Diversidad cultural y modelos de envejecimiento

Desafío: Las percepciones sobre la vejez, el cuidado, y el papel que deben desempeñar el Estado, la familia y la comunidad en la atención a las personas mayores varían significativamente entre regiones. Estas diferencias culturales influyen en las expectativas sociales, los modelos de cuidado adoptados y las prioridades políticas, generando obstáculos para la construcción de enfoques comunes y estrategias de cooperación transfronteriza en materia de longevidad.

Reto de cooperación. Diseñar políticas interculturales que respeten las identidades locales y los enfoques comunitarios, promoviendo el entendimiento mutuo y la construcción de una base común de valores. Para ello, resulta clave impulsar foros de diálogo transfronterizo, encuentros y campañas conjuntas de sensibilización, así como programas de formación dirigidos a profesionales y funcionariado público en materia de sensibilización intercultural vinculada a la longevidad.

1.3.5. Limitada producción y armonización de datos comparables

Problema. La ausencia de indicadores comparables sobre longevidad, calidad de vida en la vejez, acceso a servicios sociales, dependencia funcional y otros aspectos clave dificulta la construcción de visiones y políticas comunes entre regiones.

Reto de cooperación. Impulsar redes de investigación cooperativa sobre longevidad, percepción social e intergeneracionalidad, así como el análisis de los impactos sociales de la longevidad mediante la creación de observatorios transfronterizos y sistemas de monitorización compartidos. Esto requiere el desarrollo de metodologías estandarizadas que permitan identificar tendencias y diseñar políticas basadas en evidencia, alineadas entre los distintos territorios.

1.4. Conclusiones

La longevidad es un concepto multidimensional que puede abordarse desde distintas perspectivas —económicas, sociales, institucionales y del ciclo vital—. Los datos y análisis disponibles muestran que la longevidad en las regiones NEXT-CARE plantea múltiples desafíos y retos, que también pueden explorarse desde la óptica de la innovación y la cooperación transfronteriza.

En primer lugar, aunque existen diferencias entre las regiones, se observa una sobre-representación de las personas mayores respecto del conjunto de la población, especialmente si se compara con

la población joven menor de 16 años. Esto obliga a interpretar la longevidad como un fenómeno intergeneracional, puesto que en la actualidad conviven cuatro generaciones en los mismos espacios sociales y geográficos.

En segundo lugar, la longevidad y sus retos no se manifiestan de igual modo en zonas urbanas y rurales. Los problemas y desafíos se encuentran situados geográfica y socialmente, lo que requiere desplegar distintos tipos de innovación e intervención en función de los contextos territoriales.

En tercer lugar, los desafíos de la longevidad se expresan también en términos de accesibilidad y usabilidad de servicios, condicionadas por brechas digitales, sociales, culturales y cognitivas que afectan de manera diferenciada a diversos perfiles de personas mayores.

En cuarto lugar, el conjunto de estos desafíos exige modelos de innovación integrados —social, tecnológica, institucional y cultural— que impulsen nuevas capacidades a nivel local, organizacional y comunitario. Estos modelos deben afrontar cuestiones como la soledad no deseada, las brechas digitales, la integración de servicios, la inercia de las trayectorias institucionales —estrategias, rutinas y marcos jurídicos—, la lucha contra el edadismo y el impulso de la intergeneracionalidad.

Por último, desde la perspectiva transfronteriza, la cooperación afronta a su vez otros desafíos que deben ser superados tales como la falta de marcos legales compartidos en materia de longevidad, la coordinación limitada entre fronteras, la diversidad cultural y modelos de envejecimiento, así como limitada producción y armonización de datos comparables entre regiones para identificar tendencias, impactos transfronterizos de la longevidad, entre otras dimensiones.

El proyecto NEXT-CARE se configura como una estrategia de colaboración transfronteriza para afrontar estos desafíos, impulsando innovaciones sistémicas en las regiones de Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Occitania.

Capítulo 2

Buenas prácticas de innovación en longevidad en las regiones NEXT-CARE

El envejecimiento de la población, fenómeno común de las regiones NEXT-CARE, plantea desafíos complejos y multidimensionales que exigen respuestas coordinadas, eficaces y sostenibles. Entre estos retos se encuentran el aumento de la dependencia, la presión sobre los sistemas de salud y cuidados, la soledad no deseada, la transformación de los vínculos familiares y comunitarios, y la necesidad de garantizar la calidad de vida en las etapas avanzadas de la vida. La longevidad, entendida no solo como un aumento de la esperanza de vida, sino como una cuestión intergeneracional requiere nuevas formas de pensar, planificar y actuar.

En este contexto, la identificación, adaptación y transferencia de buenas prácticas en los ámbitos de la innovación, la investigación y la formación se convierte en un componente estratégico para diseñar políticas públicas efectivas y construir sistemas de cuidados más resilientes e inclusivos. Las buenas prácticas, especialmente aquellas basadas en evidencia, permiten capitalizar experiencias exitosas, optimizar recursos, acelerar procesos de implementación y reducir desigualdades entre territorios con distintas capacidades institucionales y sociales.

Además, la incorporación sistemática de la innovación —tanto tecnológica como social, institucional y cultural— ofrece soluciones adaptadas a las nuevas necesidades de las personas mayores, favoreciendo modelos de atención más centrados en la persona, comunitarios y preventivos. Por su parte, la investigación aplicada permite comprender mejor los factores que inciden en el bienestar durante la vejez y aporta evidencia para la toma de decisiones informada. Finalmente, la formación continua y especializada de los profesionales del cuidado y de los agentes institucionales garantiza una respuesta más humana, eficiente y culturalmente adecuada a los desafíos emergentes de la longevidad.

En escenarios transfronterizos donde las diferencias culturales, normativas y organizativas pueden amplificar la fragmentación, la identificación de buenas prácticas actúa como un puente para la cooperación y la armonización de estrategias. Facilita la construcción de un lenguaje compartido, fortalece la confianza mutua y genera sinergias entre regiones que enfrentan problemáticas similares desde contextos diversos.

Este capítulo explora, por tanto, el valor estratégico de las buenas prácticas como herramientas clave para afrontar los retos de la longevidad desde un enfoque integral, colaborativo y territorialmente equilibrado. Se analizan experiencias relevantes, criterios de calidad y mecanismos de transferencia efectivos con el objetivo de ofrecer un marco orientador para responsables de políticas, profesionales del sector y actores del ámbito académico.

2.1. ¿Qué es una buena práctica de innovación en longevidad?

Una buena práctica de innovación, formación e investigación en longevidad, dentro del proyecto NEXT-CARE, puede entenderse como un proyecto o experiencia validada, colaborativa y basada en la evidencia que impulsa la transición del modelo de cuidados —personalizado, coordinado y comunitario—, con el fin de mejorar el bienestar de las personas mayores, fortalecer las capacidades de las y los profesionales y generar conocimiento transferible a ambos lados de la frontera asegurando su impacto social, científico y territorial.

El mapeo de buenas prácticas de la Red NEXT-CARE se implementó entre octubre y diciembre de 2021 cuyo resultado permitió identificar 52 buenas prácticas de transición. Todas ellas constituyen un banco de experiencias valiosas y transferibles que reflejan la diversidad y el potencial innovador de los territorios.

Más allá de documentar iniciativas concretas, el mapeo aporta un valor añadido: actúa como punto de partida para el aprendizaje compartido, sienta las bases de la Red NEXT-CARE de innovación, investigación y formación, y ofrece insumos útiles para orientar la transición hacia un modelo de cuidados sostenible y centrado en la persona

2.2. Objetivos del mapeo de buenas prácticas en longevidad

2.2.1. Objetivo general

El mapeo de buenas prácticas en innovación, investigación y formación tiene como objetivo principal identificar experiencias de referencia en las regiones NEXT-CARE para visibilizar su valor y potencial

de transferencia. Al mismo tiempo, busca sentar las bases para un proceso de aprendizaje compartido entre los agentes implicados y favorecer la creación y consolidación de la Red NEXT-CARE de aprendizaje y transferencia como un espacio sostenible de cooperación..

2.2.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1.

Diseñar e implementar una metodología de identificación de buenas prácticas basada en un cuestionario *online*, para documentar buenas prácticas que contribuyan al desarrollo de un nuevo modelo de cuidados en domicilio y centros residenciales para personas mayores.

Objetivo específico 2.

Constituir un banco de buenas prácticas accesible para distintos agentes transfronterizos —administraciones, Tercer Sector, universidades y empresas—, que facilite el aprendizaje mutuo y la transferencia de experiencias.

Objetivo específico 3.

Definir la base metodológica de la Red NEXT-CARE entendida como espacio de interacción, aprendizaje y transferencia de conocimientos entre organizaciones de la Euro-Región.

Objetivo específico 4.

Elaborar un informe de síntesis con los principales resultados del mapeo y con orientaciones útiles para impulsar la transición hacia nuevos modelos de atención y cuidados centrados en la persona.

2.3. Metodología del mapeo

El mapeo de buenas prácticas se desarrolló siguiendo un enfoque sistemático y participativo. El trabajo se llevó a cabo mediante una encuesta digital autoadministrada dirigida a ayuntamientos, entidades del Tercer Sector, universidades y empresas. Esta herramienta permitió recoger información comparable sobre objetivos, actividades, resultados y aprendizajes de cada experiencia, ofreciendo así una visión amplia y rigurosa del ecosistema de innovación en longevidad existente en las regiones NEXT-CARE.

La metodología se estructuró en siete etapas principales:

1. Identificación de fuentes.

Elaboración de un listado preliminar de organizaciones, municipios y proyectos vinculados a la longevidad y los cuidados —en domicilio y en centros residenciales—, incluyendo administraciones públicas, entidades del Tercer Sector, universidades y empresas.

2. Diseño y validación del cuestionario.

Creación de un cuestionario *online* autoadministrado, con un tiempo estimado de respuesta de 15-20 minutos, que recogía información sobre objetivos, actividades, resultados y aprendizajes de cada práctica.

3. Distribución y recogida de información.

Envío del cuestionario a 85 organizaciones de la Euro-Región NAEN, entre el 18 de octubre y el 2 de diciembre de 2021. Se recibieron 52 respuestas válidas (61% de tasa de participación).

4. Procesamiento y sistematización.

Clasificación de las prácticas en función de diferentes criterios: tipología —innovación social, tecnológica, institucional o formativa—, población diana, ámbito de impacto y contribución al modelo de transición de cuidados.

5. Clusterización teórica.

Agrupación de las buenas prácticas de transición por afinidad en objetivos, población destinataria, tecnologías utilizadas o ámbitos de impacto —domicilio, residencias, comunidades, etcétera—.

6. Validación e integración en Polos de Innovación Territorial.

Selección y validación de los clústeres teóricos utilizándolos como base para el diseño de experiencias piloto y su integración en Polos de Innovación Territorial.

7. Promoción de la Red NEXT-CARE.

Difusión de los resultados y promoción de la Red mediante la firma de una carta de adhesión de los agentes implicados como paso inicial para consolidar un espacio de aprendizaje y transferencia transfronterizo.

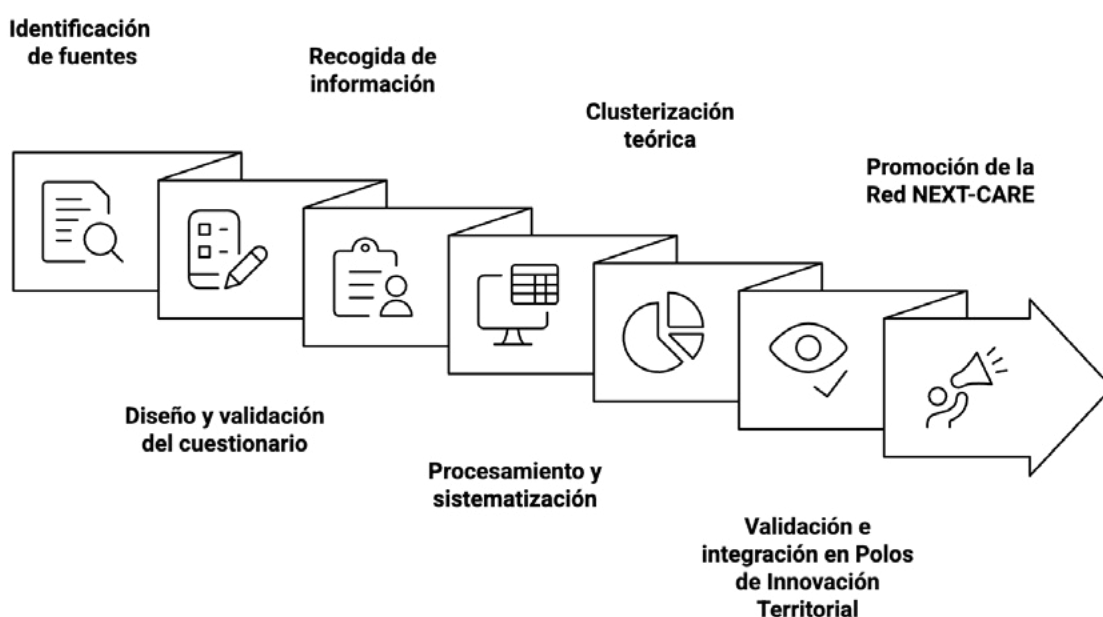


Figura 1. Metodología del mapeo de buenas prácticas

2.4. Resultados

El mapeo realizado pone de manifiesto un desequilibrio regional en las respuestas. El 86% de las iniciativas identificadas (45 en total) se concentran en Euskadi —31 en Gipuzkoa, 6 en Bizkaia y 8 en Araba—. Por su parte, en Navarra se registran 2 buenas prácticas y 5 en Nueva Aquitania. Esta concentración se explica, en buena medida, por la mayor difusión alcanzada en Euskadi para invitar a las entidades a contestar el cuestionario.

Las prácticas identificadas muestran una gran diversidad que pueden agruparse en cinco ámbitos principales.

Innovación social (77%): centrada en reforzar los vínculos comunitarios y apoyar a personas cuidadoras, tanto formales como familiares. Incluye programas de capacitación y acompañamiento psicosocial a familias que cuidan en el hogar, iniciativas de información y acompañamiento a personas mayores para fomentar su participación comunitaria, creación de espacios accesibles para combatir la soledad no deseada y servicios gratuitos de acompañamiento telefónico.

Innovación tecnológica (48%): uso de herramientas digitales y tecnológicas para mejorar la calidad de vida. Destacan experiencias de estimulación cognitiva con

tabletas en personas con deterioro leve o moderado, la aplicación de realidad virtual en residencias para promover el bienestar emocional y cognitivo, plataformas digitales que reducen la brecha tecnológica en personas mayores que viven en su domicilio y sistemas interoperables para gestionar solicitudes de salud a través de teleasistencia.

Innovación institucional (44%): medidas para reorganizar y coordinar servicios. Ejemplos relevantes son la implantación de la persona gestora de caso en los servicios sociales municipales, la coordinación sociosanitaria en residencias y la formación institucional dirigida a profesionales de ayuda a domicilio para aumentar la eficiencia y calidad del servicio.

Formación y capacitación (46%): programas dirigidos tanto a profesionales como a personas cuidadoras informales. Incluyen formación dual y acompañamiento estrecho para profesionales, educación en prevención de accidentes domésticos y valoración funcional de mayores, así como capacitación en el modelo de atención centrada en la persona y libre de sujeciones.

Investigación (44%): iniciativas que aportan conocimiento para transformar el sector, tales como estudios de mercado sobre modelos de negocio, investigaciones sobre calidad de los servicios y proyectos de evaluación de modelos de cuidados y apoyos.

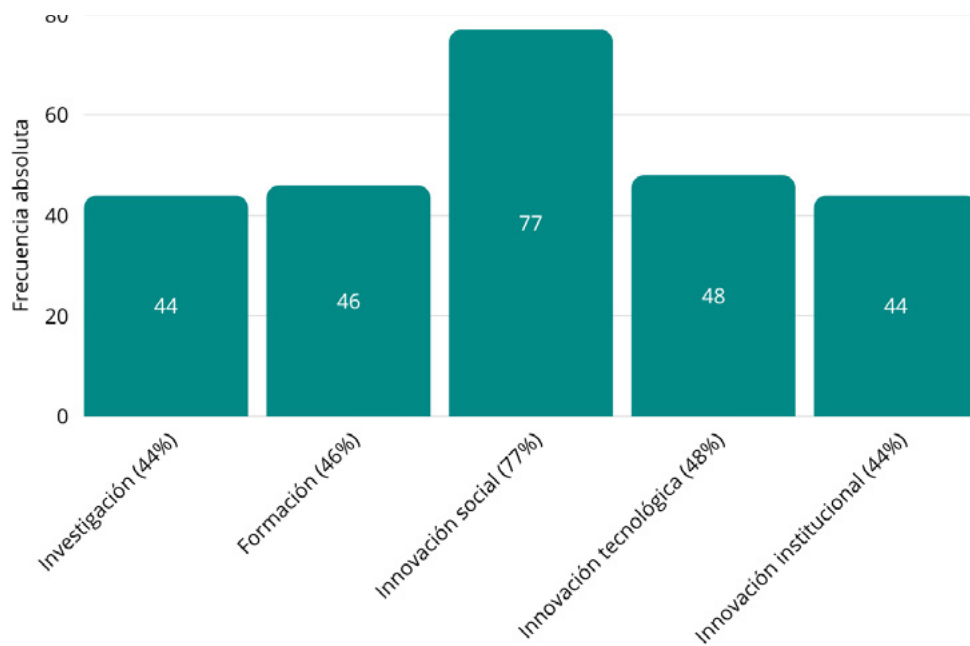


Figura 2. Distribución de las buenas prácticas por tipología

En cuanto al **ámbito de impacto**, la mayoría de las iniciativas (83%) se dirige a personas frágiles o dependientes en su domicilio, seguidas de las que se desarrollan en centros residenciales (73%). De forma complementaria, un 37% actúa en centros de día y un 2% en alojamientos alternativos.

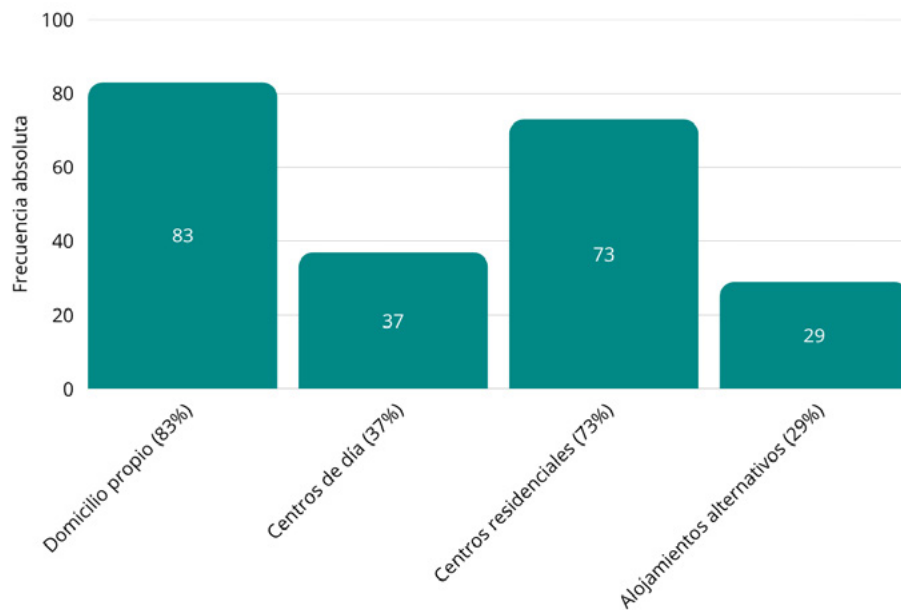


Figura 3. Ámbitos de impacto de las buenas prácticas

Respecto a la **población destinataria**, los resultados muestran que el 90% de las prácticas están dirigidas a personas en situación de dependencia y el 69% a personas frágiles. Casi la mitad involucra a personas cuidadoras —profesionales, familiares o informales— y sólo una cuarta parte se orienta a personas mayores autónomas a través de programas de prevención y de promoción del envejecimiento activo y saludable.

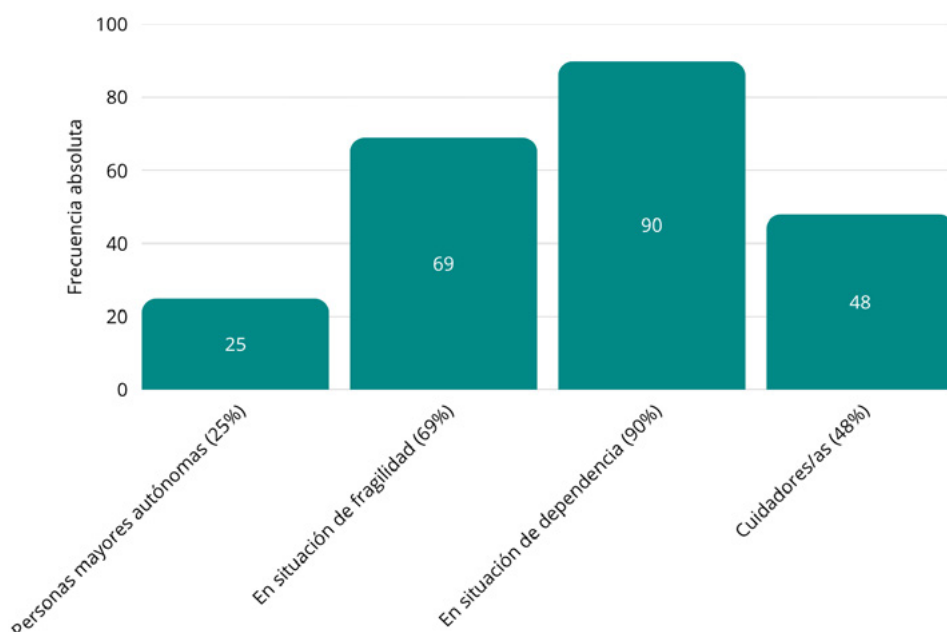


Figura 4. Población diana de las prácticas identificadas

2.5. Consideraciones finales

El mapeo ha permitido identificar y documentar 52 experiencias que contribuyen a la transición hacia un modelo de atención y cuidados más humano, personalizado y sostenible. Un aspecto clave es la aplicación del enfoque centrado en la persona, tanto en el domicilio como en centros residenciales, con especial atención a colectivos en situación de dependencia y fragilidad. Al mismo tiempo, se han identificado iniciativas orientadas a la prevención y al envejecimiento activo en personas autónomas, así como la integración progresiva de tecnologías accesibles y útiles que amplían las posibilidades de autonomía y cuidado.

El trabajo realizado confirma la relevancia de las redes transfronterizas como espacios para compartir experiencias y generar aprendizaje mutuo. La creación y consolidación de la Red NEXT-CARE se plantea como un paso clave para favorecer la interacción entre agentes de la Euro-Región y para transformar la diversidad de iniciativas en un ecosistema cohesionado de innovación en cuidados.

Para avanzar en esta dirección, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Profundizar en el acompañamiento a las organizaciones para facilitar la documentación de sus buenas prácticas y su incorporación a la Red NEXT-CARE.
- Impulsar la creación de clústeres temáticos y territoriales que favorezcan sinergias y aprendizajes colectivos.
- Fomentar la transferencia de buenas prácticas de transición mediante experiencias piloto adaptadas a distintos contextos locales.
- Continuar promoviendo la innovación centrada en la persona con especial atención a la personalización, la participación comunitaria y la integración de tecnologías accesibles y útiles.

El **Banco de Buenas Prácticas en Innovación en Longevidad** recoge de manera detallada las iniciativas identificadas. Este banco presenta información sobre los objetivos y características de cada práctica ofreciendo una visión sistematizada y comparativa de las experiencias. Se trata de un recurso clave para la transferencia y el aprendizaje mutuo, ya que facilita el acceso a ejemplos concretos y transferibles que pueden inspirar la implementación de nuevas soluciones en distintos contextos locales. (Véase ANEXO I)

Capítulo 3

Casos demostración: innovación en longevidad

Los casos *demostración* de innovación en longevidad, entendidos como intervenciones pioneras que han sido implementadas en contextos reales y que ofrecen evidencia —o indicios sólidos— de impacto positivo tanto en la calidad de vida de las personas mayores como en la eficiencia de los sistemas que las atienden. Estos casos destacan por su capacidad para dar respuesta a necesidades no cubiertas o por mejorar de forma sustancial prácticas existentes, proponiendo modelos más integrados, centrados en la persona y profundamente conectados con su comunidad. Cada experiencia seleccionada refleja una combinación de sostenibilidad técnica, organizativa y financiera, junto con un alto potencial de replicabilidad y escalabilidad en otros territorios. Además, todos los casos incorporan algún tipo de innovación —ya sea metodológica, tecnológica, comunitaria o institucional—, lo que los convierte en referencias valiosas para inspirar transformaciones sistémicas en el campo del envejecimiento y la longevidad.

En este capítulo se presentan cinco casos de demostración que ilustran cómo la innovación —social, tecnológica y organizativa— está transformando los cuidados de larga duración y la atención domiciliaria. Las iniciativas analizadas —ACERCAR,

etxeTIC, Getxo Zurekin, Ogénie y Zaindoo— proceden de Euskadi, Navarra y Occitania y muestran, desde contextos diversos, vías efectivas para avanzar hacia un modelo de cuidados más integrado, personalizado y comunitario.

3.1. La innovación como condición del cambio de modelo de cuidados

El cambio hacia un modelo de cuidados y apoyos más integral, comunitario y centrado en la persona requiere, además de reformas normativas o reorganización de recursos, la incorporación de procesos sostenidos de innovación social. En el ámbito de los servicios sociales la innovación se entiende como la introducción de productos, procesos, métodos y/o servicios nuevos o mejorados que son capaces de dar respuesta a retos sociodemográficos y políticos actuales modificando prácticas, relaciones y políticas de servicio, y generando un impacto tangible en la vida de las personas vulnerables, frágiles y dependientes.

Las experiencias analizadas muestran que la innovación puede adoptar múltiples formas: desarrollo

de nuevas herramientas tecnológicas, uso creativo de tecnologías ya existentes, activación de vínculos comunitarios, personalización de planes de atención, transformación organizativa y adopción de metodologías participativas para el diseño de servicios. En todos los casos, se persigue **mejorar la experiencia de las personas usuarias y optimizar la coordinación** entre profesionales y sistemas con un efecto preventivo y un uso más eficiente de los recursos.

Para que la **innovación sea un motor real de cambio de modelo** deben cumplirse ciertas condiciones: mantener la presencialidad como eje, abordar la brecha digital, flexibilizar los servicios para adaptarlos a cada persona y territorio, generar confianza en la comunidad, contar con respaldo institucional estable, aceptar el riesgo inherente al ensayo y error, y validar empíricamente los resultados.

En definitiva, la innovación no es un complemento del modelo de cuidados y apoyos sino un requisito para su transformación. Sin ella, los avances corren el riesgo de quedar restringidos a experiencias piloto sin capacidad de consolidarse o escalarse; con ella, se abre la posibilidad de un sistema más equitativo, preventivo y centrado en la vida cotidiana de las personas.

3.2. Casos de demostración: innovaciones en longevidad

Los casos de demostración se han definido como **experiencias innovadoras de atención y cuidado** que, estando ya en funcionamiento, muestran potencial para inspirar y orientar la transición hacia nuevos modelos de cuidados y apoyos en longevidad. Son prácticas que combinan enfoques sociales, sanitarios y comunitarios, y que incorporan elementos de novedad, eficacia, sostenibilidad y posibilidad de replicación en otros contextos.

El enfoque adoptado busca ir más allá de la descripción puntual de iniciativas. Analiza los factores que las hacen funcionar, los aprendizajes que generan y las condiciones que favorecen su éxito. Se trata de identificar no solo “qué hacen” los proyectos, sino también “cómo” y “por qué” logran producir cambios relevantes en la atención a las personas mayores. La selección de los casos se ha basado en criterios previamente consensuados:

- **Capacidad de dar respuesta** a necesidades no cubiertas o de mejorar sustancialmente prácticas existentes.
- **Orientación hacia un modelo más integrado**, centrado en la persona y conectado con la comunidad.
- **Evidencia o indicios sólidos de impacto positivo** en la calidad de vida de las personas usuarias y en la eficiencia del sistema.
- **Potencial de replicabilidad y escalabilidad** en otros territorios.
- **Sostenibilidad** técnica, organizativa y financiera.
- **Innovación** metodológica, tecnológica, comunitaria o institucional.

Los cinco casos reflejan una **notable diversidad territorial, de enfoque y de ámbito de intervención**: desde iniciativas en zonas rurales y urbanas, hasta modelos híbridos de atención, propuestas tecnológicas, comunitarias y de proximidad. Incluyen intervenciones centradas en el hogar, la activación comunitaria y la conexión entre recursos formales e informales. En conjunto, conforman un laboratorio vivo de innovación en longevidad y aportan aprendizajes valiosos para orientar políticas y servicios más conectados con las realidades locales y las necesidades de las personas mayores.

3.3. Objetivos y metodología

Los casos de demostración analizados persiguen un objetivo común: **reforzar la permanencia en el hogar y el bienestar de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, al tiempo que se apoya y reconoce el papel de las personas cuidadoras**. De forma específica, buscan reducir la sobrecarga y el riesgo de claudicación de cuidadoras y cuidadores; retrasar la institucionalización no deseada; mejorar la calidad de vida objetiva y percibida; y aprovechar el potencial de la innovación social y tecnológica para una atención más personalizada, preventiva y comunitaria.

Para su análisis, se adoptó una **metodología cualitativa de estudio de casos múltiples** idónea para describir y analizar en profundidad experiencias contextualizadas y con capacidad de orientar políticas públicas.

El proceso se desarrolló en cuatro fases:

- 1. Definición de criterios de inclusión y priorización:** adecuación al objeto de estudio, vínculo con el ámbito comunitario, innovación social/tecnológica, evidencia de impacto, vigencia, extensión y alcance.
- 2. Selección de cinco casos representativos** con distintos tipos de práctica, agentes y territorios:
 - **ACERCAR** (Navarra): servicio de atención híbrida en entornos rurales.
 - **etxeTIC** (Euskadi): apoyo a la permanencia en el hogar mediante atención híbrida y tecnología.
 - **Getxo Zurekin – Comunidad Compasiva** (Euskadi): red local para cuidados paliativos, final de vida y duelo.
 - **Ogénie** (Occitania): plataforma digital para la vinculación social de personas mayores.
 - **Zaindo** (Euskadi): atención telemática y apoyo psicosocial a personas cuidadoras.
- 3. Recogida de información** mediante análisis documental y entrevistas semiestructuradas a personas impulsoras de cada iniciativa.
- 4. Descripción y análisis** sistemático de cada caso —origen, objetivos, líneas de actuación, desarrollo, resultados, aprendizajes y perspectivas— complementado con un análisis transversal de tendencias, facilitadores y desafíos comunes.

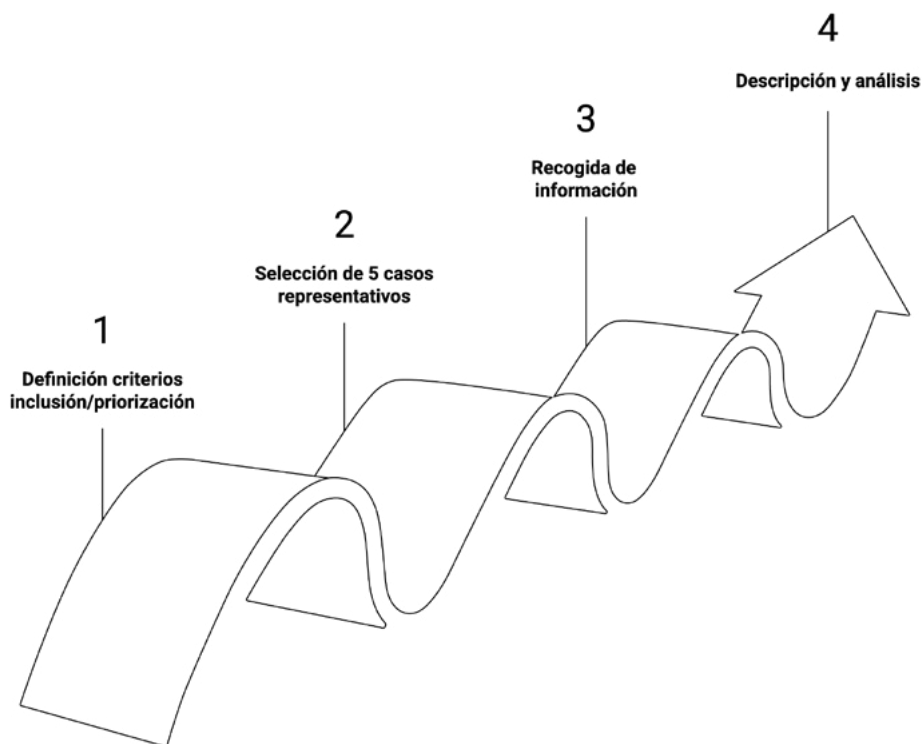


Figura 5. Fases de la metodología de estudio de casos

3.4. Resultados

El análisis comparado de los cinco casos de innovación en cuidados, apoyos y atención domiciliaria evidencia **avances relevantes en la calidad, accesibilidad y eficiencia de los servicios**, así como en la integración de enfoques prioritarios.

En el ámbito **social** destacan experiencias que han transformado las narrativas y prácticas comunitarias (Getxo Zurekin), han fortalecido el apoyo a personas cuidadoras (Zaindoo - etxeTIC) y han ampliado el acceso a servicios inexistentes en zonas rurales (ACERCAR)

En el plano **tecnológico** todas las iniciativas incorporan herramientas digitales —desde plataformas de conexión social (Ogénie) hasta sistemas de monitorización y telerehabilitación (ACERCAR - etxeTIC)—, lo que ha permitido optimizar recursos, mejorar la detección temprana de necesidades y reducir el uso de servicios formales.

En la **innovación organizativa** se observan modelos de coordinación entre sistemas sanitarios, sociales y comunitarios (Getxo Zurekin - ACERCAR), la creación de nuevas figuras profesionales, persona gestora de caso, (etxeTIC - Getxo Zurekin) y la apertura de espacios institucionales a la comunidad (ACERCAR).

Los **resultados cuantitativos** muestran mejoras en indicadores de bienestar emocional, reducción de sobrecarga, incremento de autoeficacia de las per-

sonas cuidadoras, y ahorros significativos al sistema público mediante la reducción del uso de servicios formales.

En todos los casos, la **satisfacción de personas usuarias y familias** es alta, con valoraciones positivas sobre la calidad, pertinencia y utilidad de las soluciones implementadas.

A pesar de sus diferencias, las prácticas **comparten la cooperación interinstitucional y comunitaria** como eje transversal. El enfoque rural es particularmente relevante en ACERCAR, Zaindoo y etxeTIC; la perspectiva de género se integra explícitamente en etxeTIC y Zaindoo; y la solidaridad intergeneracional se promueve especialmente en Getxo Zurekin y Ogénie. En conjunto, todas ofrecen aprendizajes valiosos para el diseño de políticas públicas y para el escalado de soluciones innovadoras adaptadas a distintos contextos territoriales.

A continuación, se presenta una tabla comparativa que sintetiza, para cada caso analizado, su temática principal, la descripción resumida, los elementos innovadores y los enfoques prioritarios incorporados. Esta estructura permite visualizar de forma rápida las similitudes y diferencias entre las prácticas, así como los ámbitos en los que cada una ha aportado mayores avances. La comparativa facilita, además, la identificación de elementos transferibles y de oportunidades para el aprendizaje mutuo y la cooperación entre territorios.

Caso	Temática	Descripción	Elementos de innovación	Enfoques prioritarios
ACERCAR Navarra https://acercar.es/	Servicio de atención híbrida en entornos rurales.	Modelo que combina atención presencial y remota (monitorización, teleasistencia, fisioterapia, neuropsicología) para mejorar accesibilidad y eficiencia en zonas rurales.	Innovación social mediante tecnología; modelo organizativo híbrido; coordinación entre sistema sanitario y sociosanitario; y apertura de residencias a la comunidad.	Rural, cooperación.
etxeTIC Euskadi https://www.bizkaia.eus/es/etxetic	Apoyo a la permanencia en el hogar mediante atención híbrida y tecnología.	Integra atención domiciliaria, tecnología y coordinación sociosanitaria para personas en situación de dependencia, con apoyo a personas cuidadoras.	Innovación social, tecnológica y organizativa; gestor o gestora de caso; integración de servicios sociales, sanitarios y comunitarios.	Género, rural, cooperación, interseccional, solidaridad intergeneracional, eurorregional.
Getxo Zurekin – Comunidad Compasiva Euskadi https://fundaciondoblesonrisa.com/getxozurekin/wp-content/uploads/2020/09/Fundacion-DS-Getxo-Zurekin.pdf	Red local para cuidados paliativos, final de vida y duelo.	Red comunitaria que articula servicios formales, comunidad y agentes locales para mejorar cuidados paliativos, final de vida y duelo, mediante participación comunitaria.	Innovación social y organizativa; figura de Lokarria y equipo de personas conectoras comunitarias; metodologías de cocreación y activación comunitaria.	Cooperación, solidaridad intergeneracional, interseccional.
Ogénie Occitania https://ogenie.fr/	Plataforma digital para la vinculación social de personas mayores.	Centraliza actividades y recursos para prevenir la soledad no deseada con servicio de asesoramiento individualizado y motor de búsqueda accesible.	Innovación social, tecnológica y organizativa; visibilización de entidades pequeñas; comités estratégicos; sección de voluntariado.	Cooperación, solidaridad intergeneracional, rural.
Zaindoo Euskadi https://www.euskadi.eus/zaindoo/es/	Atención telemática y apoyo psicosocial a personas cuidadoras.	Servicio digital que ofrece apoyo psicosocial y herramientas organizativas a personas cuidadoras, reduciendo sobrecarga y mejorando autoeficacia.	Innovación social y tecnológica; aplicación propia con diseño participativo; fomento de corresponsabilidad en cuidados.	Género, rural, cooperación.

3.5. Consideraciones finales y lecciones aprendidas

El análisis conjunto de los cinco casos de innovación en cuidados y atención domiciliaria confirma que estas experiencias están generando avances significativos en la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de los servicios, así como en la integración de enfoques prioritarios como la cooperación interinstitucional y comunitaria, la perspectiva de género, la atención a entornos rurales y la solidaridad intergeneracional. Más allá de sus particularidades, todas ellas evidencian el potencial de la innovación social, tecnológica y organizativa como motor para un cambio de modelo de cuidados más centrado en la persona y en su entorno próximo. En términos generales, **las iniciativas han demostrado:**

- **Impacto en el bienestar y en la calidad de vida:** se observan mejoras en el bienestar emocional, reducción de la sobrecarga de personas cuidadoras, incremento de su autoeficacia y satisfacción elevada de personas usuarias y familias.
- **Eficiencia y sostenibilidad del sistema:** la reducción en el uso de servicios formales —teleasistencia, centros de día, residencias— genera ahorros relevantes para la Administración Pública y contribuye a retrasar institucionalizaciones no deseadas.
- **Transformación sociocultural:** experiencias como Getxo Zurekin y Ogénie muestran que es posible modificar narrativas comunitarias en torno a la muerte, la soledad o el valor del cuidado compartido.
- **Uso de tecnología adaptada:** todas las experiencias incorporan herramientas digitales —monitorización, plataformas sociales, telerehabilitación— con beneficios claros en seguimiento, detección temprana y optimización de recursos, aunque persisten retos en la brecha digital y en la adaptación tecnológica a perfiles diversos.
- **Modelos organizativos innovadores:** la creación de figuras profesionales de enlace, la coordinación efectiva entre sistemas sanitario y social, y la apertura de espacios institucionales a la comunidad han resultado determinantes.

Existen también una serie de **factores facilitadores comunes:** elementos, condiciones y recursos compartidos por los cinco casos que han favorecido su desarrollo, impacto y sostenibilidad, y que constituyen palancas clave para el éxito de futuras experiencias de innovación en cuidados.

- **Voluntad política** y compromiso institucional en varios niveles.
- **Participación activa** de la comunidad y de las personas usuarias en el diseño y cocreación.
- **Colaboración** entre sectores público, privado, Tercer Sector y comunidad.
- **Flexibilidad** para adaptar el servicio a necesidades y contextos locales.

Los principales **obstáculos, barreras, retos y limitaciones** recurrentes identificadas en los cinco casos que han condicionado su desarrollo, implementación o sostenibilidad, aportando lecciones útiles para prevenir, minimizar o gestionar estos desafíos en futuras iniciativas de innovación en cuidados, son:

- **Desajustes** entre tiempos y procedimientos administrativos y la dinámica de la innovación.
- **Brecha digital** y barreras culturales para adoptar nuevos servicios, especialmente de apoyo psicosocial.
- **Escasa vinculación** con algunos ámbitos del sistema formal, especialmente servicios sociales de base.
- **Dependencia excesiva** de voluntariado en ciertas experiencias, lo que pone en riesgo la sostenibilidad.

Finalmente, se recogen una serie de **recomendaciones y aprendizajes clave** como orientaciones prácticas, conclusiones operativas y conocimientos transferibles, que pueden servir de guía para el diseño, implementación y escalado de nuevas experiencias de innovación en cuidados:

- **Consolidar marcos de cooperación estables** entre administraciones, servicios formales y comunidad, evitando que el impulso dependa de personas o equipos concretos.
- **Diseñar planes de sostenibilidad económica** desde las fases iniciales, combinando financiación pública estable y fórmulas de colaboración público-privada-social.
- **Invertir en la reducción de la brecha digital** ofreciendo apoyos formativos y acompañamiento continuado.
- **Reforzar la perspectiva de género en la evaluación** desagregando sistemáticamente datos y diseñando intervenciones para equilibrar la carga de cuidados y apoyos.
- **Asegurar la escalabilidad y adaptabilidad** de los modelos preservando la atención personalizada y la conexión comunitaria.

- **Incorporar procesos de evaluación continua** que permitan medir impacto, aprender de los errores y ajustar el diseño.
- **Valorar y fortalecer el capital social comunitario** integrando el voluntariado, pero evitando su sobrecarga y dependencia exclusiva.

El análisis de las experiencias recogidas en este informe muestra que innovar en cuidados no solo es posible, sino necesario, y que requiere **combinar estrategia, flexibilidad y arraigo comunitario** para transformar un reto estructural en una oportunidad colectiva.

Capítulo 4

La red NEXT-CARE: innovación, investigación y formación

Una vez realizado el mapeo de buenas prácticas de innovación, investigación y formación y el análisis de casos demostración, el proyecto NEXT-CARE ha impulsado la creación de la RED NEXT-CARE que representa una oportunidad estratégica para capitalizar el conocimiento generado, consolidar un ecosistema colaborativo en las regiones implicadas y acelerar la transferencia de soluciones innovadoras. La Red tiene como fin facilitar el aprendizaje y escalado de experiencias innovadoras a distintos contextos fomentando la investigación aplicada, la formación continua y el desarrollo de competencias clave en el ámbito de los sistemas de atención, cuidados y apoyos. El trabajo desarrollado en el marco de la Red se ha concretado en diferentes actividades, entre las que destacan los seminarios digitales celebrados en 2022 y 2025. Estos encuentros han permitido compartir experiencias, identificar barreras y formular propuestas sobre temas relevantes —desde la atención a domicilio y el cuidado comunitario hasta la solidaridad intergeneracional— aportando claves útiles para orientar el diseño de servicios y políticas públicas en longevidad y prevención de la dependencia.

4.1. Objetivos y metodología de los seminarios

Los seminarios digitales celebrados en 2022 y 2025 se concibieron como espacios de aprendizaje colaborativo y transferencia de buenas prácticas en cuidados, conectando a agentes institucionales, comunitarios, académicos y empresariales de la Euro-Región.

El ciclo desarrollado entre octubre y diciembre de 2022, se centró en visibilizar buenas prácticas de innovación, investigación y formación impulsadas por agentes territoriales —instituciones públicas, organizaciones del Tercer Sector, empresas y universidades—, facilitar la conexión y el aprendizaje colaborativo entre ellos, y abrir la posibilidad para fomentar la transferencia entre territorios de dichas prácticas. Adicionalmente, se busca documentar los aprendizajes logrados, identificar obstáculos y palancas para fomentar una cultura del cambio y evaluar el desarrollo de las sesiones para formular recomendaciones.

En 2025, los seminarios mantuvieron la finalidad general de la Red, incorporando tres ejes temáticos con objetivos propios:

1. Atención a domicilio: identificar programas y servicios innovadores para la detección temprana de fragilidad, y proponer modelos preventivos centrados en el bienestar y la autonomía.
2. Cuidado comunitario: detectar buenas prácticas y barreras en el cuidado informal y comunitario, y proponer medidas de apoyo, formación y articulación institucional.
3. Solidaridad intergeneracional: analizar obstáculos para la cooperación entre generaciones y plantear iniciativas para fortalecer vínculos y corresponsabilidad.

Para alcanzar estos objetivos, en cada sesión se diseñó y aplicó una metodología adaptada al contexto y a las prioridades definidas, que combinó herramientas participativas, dinámicas de intercambio y procesos de evaluación. Este enfoque permitió no solo presentar experiencias, sino también generar un espacio de cocreación y sistematización de propuestas, garantizando que los aprendizajes fueran transferibles y útiles para el desarrollo de políticas y servicios.

Los seminarios digitales desarrollados en 2022 siguieron una metodología dividida en cinco etapas clave, que guiaron todo el proceso desde la identificación de temas hasta la evaluación final:

1. Identificación de temas: a partir de un mapeo previo de buenas prácticas en la Euro-Región NAEN y un taller colaborativo presencial (marzo 2022), en el que participaron 102 personas, se priorizaron los temas de mayor interés, los principales obstáculos para el cambio de modelo de cuidados y los modos de transferencia más relevantes.
2. Diseño metodológico: se optó por un enfoque de aprendizaje interactivo basado en la presentación de buenas prácticas en formato entrevista, priorizando la conversación frente a la exposición clásica.
3. Preparación: elaboración de fichas operativas trilingües —euskera, español, francés— y guiones de entrevista a partir de cuestionarios cumplimentados por las personas responsables de las buenas prácticas.
4. Realización: entrevistas a varias invitadas e invitados en cada seminario con el acompañamiento de una persona experta encargada de realizar un balance final de las aportaciones y aprendizajes.
5. Evaluación: encuestas de satisfacción posteriores a cada sesión para valorar la calidad, utilidad y posibilidades de transferencia de las buenas prácticas.

Los seminarios celebrados en 2025 aplicaron una metodología participativa y adaptada a cada temática, combinando encuestas previas, ponencias marco y talleres de cocreación.

En los dos primeros seminarios la encuesta previa sirvió para conocer el grado de conocimiento y las percepciones iniciales de las personas participantes, cuyos resultados fueron analizados y utilizados como punto de partida en los talleres. El tercer seminario, dedicado a la solidaridad intergeneracional, prescindió de esta encuesta para permitir una exploración más abierta y no condicionada del tema. Cada sesión siguió una estructura común:

1. Apertura institucional con contextualización del objetivo del seminario.
2. Ponencia marco para enmarcar el debate desde una perspectiva experta.
3. Talleres paralelos de cocreación donde se identificaron barreras, oportunidades y propuestas concretas.
4. Síntesis final con recogida y sistematización de las aportaciones en un informe posterior.

Este formato favoreció el intercambio entre profesionales de los ámbitos social y sanitario, responsables institucionales, personas expertas del ámbito académico y representantes comunitarios, generando un espacio de diálogo y construcción colectiva de propuestas.

4.2. Resultados de los seminarios

Los seminarios celebrados en 2022 y 2025 generaron un conjunto de aprendizajes y propuestas que orientan la innovación en cuidados desde perspectivas diversas: atención domiciliaria, cuidados comunitarios, centros residenciales y solidaridad intergeneracional. A continuación, se presentan los principales resultados de cada edición, organizados por temática y año.

Resultados del primer ciclo de seminarios (2022):

- **Seminario 1 – Cuidados en el domicilio**
Participaron 53 personas que conocieron experiencias de coordinación sociosanitaria, herramientas digitales para cuidadores y cuidadoras, y tecnologías aplicadas al hogar. Se identificaron obstáculos como la dispersión geográfica, la falta de interoperabilidad de sistemas y la resistencia cultural al cambio, así como soluciones como el voluntariado de transporte o

el codiseño con usuarios y usuarias. Se constató que la tecnología no es la principal barrera, sino las resistencias culturales, y que los modelos más efectivos difuminan las fronteras entre domicilio, residencias y comunidad.

- **Seminario 2 – Cuidados en centros residenciales**
Reunió a 33 participantes y expuso iniciativas sobre autocuidado de profesionales, viviendas vinculadas a residencias y atención centrada en las relaciones. Se destacó que la innovación surge mayoritariamente desde el terreno, a partir de necesidades reales, y que es clave aprender de experiencias externas. La codificación de las buenas prácticas y la falta de estructuras para su escalado siguen siendo retos pendientes.
- **Seminario 3 – Cuidado comunitario**
Con 32 participantes, presentó cuatro experiencias en torno a proyectos comunitarios, uso de datos, redes compasivas y voluntariado intergeneracional. El encuentro subrayó la importancia de integrar lo público, lo privado y lo vecinal en redes de cuidado, así como el papel de las políticas públicas para reforzar el liderazgo comunitario. También se identificaron barreras como la complejidad institucional, la resistencia cultural, la falta de recursos y las limitaciones en la gestión de datos.

Resultados del segundo ciclo de seminarios (2025)

- **Seminario 1 – Modelos de atención a domicilio**
Centrado en la prevención de la dependencia, se presentaron 11 propuestas innovadoras como radares comunitarios, unidades móviles de coordinación sociosanitaria, cafés informativos y registros de personas mayores sin contacto previo con servicios sociales. Las propuestas se agruparon en cuatro áreas clave: sensibilización, alerta temprana, intervención y evaluación destacando la necesidad de servicios preventivos centrados en el bienestar y la autonomía.
- **Seminario 2 – Cuidado comunitario**
Orientado a generar un catálogo de acciones para mejorar los cuidados y apoyos comunitarios, este seminario planteó medidas como repensar infraestructuras para hacerlas accesibles y compartidas, utilizar tecnología para mapeo y monitorización, ofrecer servicios móviles en zonas dispersas, apoyar y formar a cuidadores informales, y promover actividades sociales y culturales. Se enfatizó la corresponsabilidad entre comunidad e instituciones como base para un cuidado sostenible.
- **Seminario 3 – Solidaridad intergeneracional**
En este encuentro, que propuso una reflexión abierta entre las personas participantes, se identificaron obstáculos de tipo cultural —edadismo, visiones divergentes—, estructural —falta de espacios de encuentro—, económico —desigualdad y dificultades de emancipación— y político —falta de políticas a largo plazo—. Las soluciones propuestas incluyeron la creación de espacios físicos intergeneracionales, el apoyo a iniciativas comunitarias ya existentes, la promoción de liderazgos inclusivos y el fomento de valores compartidos entre generaciones.

Además de las propuestas y conclusiones generadas, los seminarios digitales de 2022 permitieron conocer en detalle diversas buenas prácticas impulsadas en Euskadi, Navarra y Nueva Aquitania orientadas a mejorar los cuidados y apoyos en el domicilio, en la comunidad y en centros residenciales. A continuación, se presenta una síntesis de estas prácticas:

Nombre de la Práctica	Descripción
EUSKADI	
Gizarea	Implantación del modelo de atención centrada en las relaciones en una residencia para personas con demencia.
Kwido	Construir una plataforma que facilite el cuidado de personas mayores en domicilio usando tecnología.
NAVARRA	
Jubiloteca	Recurso de apoyo intermedio que tiene como objetivo promover la participación y la inclusión social de las personas mayores como agentes activos, evitando el aislamiento social y la soledad no deseada.
Proyecto etxeTIC	Plataforma concebida para proponer un plan de cuidados para personas en situación de dependencia y las personas cuidadoras.
Creación de diez viviendas vinculadas a la residencia	Creación de 10 viviendas vinculadas a la Residencia San Jerónimo donde las personas viven de forma independiente, con la tranquilidad y seguridad, y que pueden tener todos los cuidados y atenciones cuando se precisen.
Proyecto satélite "¡Echa un ojo!"	Aborda la soledad de personas mayores en situación de dependencia o vulnerables creando una red de apoyo vecinal. La red de apoyo la forman personas voluntarias, comercios, entidades locales, asociaciones, etcétera, que se implican en el proyecto.
Intervención comunitaria: BIDASOA ZUREKIN, Comarca Compasiva	Creación, gestión e implicación de redes de cuidados y acompañamiento para personas en situación de enfermedad avanzada y/o con necesidad de cuidados paliativos y para sus familias.
TEKNOADINEKO	Propone una colaboración público-privada para testar un modelo novedoso de intervención social que combina el cuidado tradicional y la innovación tecnológica y la pone al servicio de la población más frágil. El modelo se articula desde tres vectores: aprendizajes internacionales, tecnología social y enfoque comunitario.
NUEVA AQUITANIA	
AIDI	Aplicación digital para el apoyo a personas cuidadoras con consejos prácticos, directorio de servicios y agentes involucrados en ayudar a los cuidadores/as; agenda de eventos de asistencia a las y los cuidadores en el territorio; y una línea telefónica de apoyo 24/7.
Yoga en residencias geriátricas: salud y calidad de vida en el trabajo	Esta práctica está dirigida al personal cuidador, una vez observado que pocas personas tenían una práctica deportiva o meditativa. Es un enfoque hacia la salud y la calidad de vida en el trabajo.
Servicio cívico solidaridad seniors	Se trata de un compromiso voluntario de jóvenes de 16 a 25 años (30 si son personas con discapacidad) en una misión de interés general: 24 a 35 horas semanales durante 6 a 12 meses. Pagado 601€ por mes (111€ restantes a expensas de la estructura de bienvenida). Estructuras sin fines de lucro.

4.3. Consideraciones finales y lecciones aprendidas

A lo largo del periodo 2022–2025, la Red NEXT-CARE ha generado un valioso aprendizaje colectivo sobre cómo innovar en cuidados y apoyos en longevidad. Aunque los seminarios realizados cada año aportan matices distintos, las conclusiones convergen en una misma dirección: **un modelo preventivo, comunitario, intergeneracional y centrado en la persona, donde la tecnología se pone al servicio de los vínculos y la sostenibilidad a largo plazo.**

De la comparación de ambos periodos emergen **siete grandes lecciones transversales:**

- **Prevención como paradigma.** Actuar antes del deterioro exige servicios accesibles, proactivos y anclados en el territorio. La sensibilización, la alerta temprana y el acompañamiento en fragilidad son claves.

- **La comunidad como infraestructura de cuidado.** Las redes locales reducen la soledad, sostienen el cuidado en domicilio y alivian la intervención sanitaria. Experiencias como Jubiloteca, Bidasoa Zurekin, Satélite o Teknoadineko muestran cómo los lazos sociales se convierten en un recurso estratégico.
- **Tecnología con propósito y foco humano.** El reto no es técnico, sino cultural. Las soluciones funcionan cuando se codiseñan con las personas usuarias y cuidadoras respondiendo a necesidades reales —Kwido, AIDI, Adarpea—. El fracaso en la robótica y el éxito posterior con alternativas como yoga en Adarpea ilustran esta transición.
- **Coordinación y liderazgo público.** La innovación requiere gobernanza compartida, participación de la cuádruple hélice y liderazgo institucional para articular la coordinación socio-sanitaria y comunitaria.
- **Sostenibilidad y escalado.** Los proyectos suelen quedarse en la fase piloto. Hace falta una financiación estable y mecanis-

mos de escalado que aseguren la continuidad y la capacidad instalada del sistema.

- **Interoperabilidad y gestión de datos.**
El reto es más organizativo y legal que tecnológico. Avanzar exige acuerdos de gobernanza, innovación organizativa y garantías sólidas en protección de datos.
- **Intergeneracionalidad y equidad.**
Cuando surge de intereses compartidos la interacción entre generaciones enriquece la cultura del cuidado. Además, las políticas deben tener visión de ciclo vital completo y reconocer la diversidad de trayectorias.

La síntesis de conclusiones y lecciones aprendidas no debe quedarse en el plano analítico. Para que la innovación en cuidados y apoyos se traduzca en cambios reales, es necesario **aterrizar estos aprendizajes en acciones concretas y prácticas**. En este sentido, se recomienda:

- **Consolidar** la prevención como eje de los servicios y apoyos.
- **Fortalecer** redes comunitarias y la prescripción social para reducir la soledad.
- **Impulsar** tecnología con foco humano, codiseñada y ajustada a necesidades reales.
- **Reforzar** el liderazgo público y la coordinación sociosanitaria y comunitaria.
- **Asegurar** financiación estable para durabilidad y escalado.
- **Avanzar** en interoperabilidad organizativa y legal en la gestión de datos.
- **Codificar y transferir** aprendizajes, con visitas de intercambio y documentación práctica.
- **Promover** iniciativas intergeneracionales basadas en contextos y motivaciones reales.

La Red NEXT-CARE muestra que la innovación efectiva en cuidados y apoyos exige prevención, comunidad, tecnología con propósito, coordinación y sostenibilidad. Cuando estos elementos se alinean, los cambios trascienden la fase piloto y se convierten en capacidad estructural del sistema.

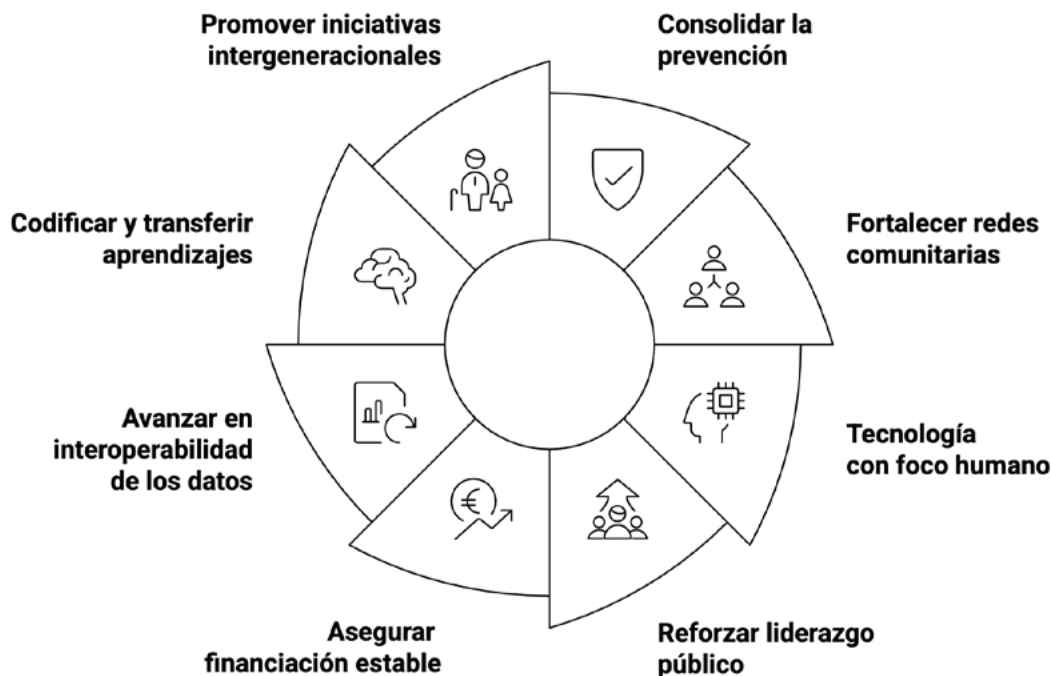


Figura 6. Principales aprendizajes

Capítulo 5

Guía transfronteriza de innovación en longevidad

La *Guía de Innovación en Longevidad* es uno de los principales resultados del proyecto transfronterizo NEXT-CARE. Su propósito es sintetizar los aprendizajes obtenidos a partir del Mapeo de Buenas Prácticas y los seminarios de intercambio realizados entre 2021 y 2025, y ponerlos al servicio de quienes desean transformar los modelos de atención y cuidados. La guía recoge experiencias desarrolladas en Euskadi, Navarra, Nueva Aquitania y Occitania, en entornos domiciliarios, residenciales y comunitarios.

A pesar de su diversidad, todas las iniciativas comparten un objetivo común: **promover modelos de atención más preventivos, personalizados y sostenibles**, que fortalezcan la autonomía, los vínculos sociales y la capacidad de elección de las personas mayores y sus entornos de cuidado.

5.1. Objetivos y metodología

La *Guía de Innovación en Longevidad* tiene como objetivo **facilitar la incorporación de la innovación en los modelos de atención y cuidados**, tanto en el domicilio como en centros residenciales y en el ámbito comunitario. Para ello, ofrece un marco práctico que:

- **Sistematiza** experiencias reales de innovación en longevidad.
- **Identifica** procesos y temáticas clave para el diseño y mejora de servicios.
- **Facilita** la transferencia y escalabilidad de buenas prácticas entre territorios.

La metodología para su elaboración se ha basado en **dos fuentes principales de información y aprendizaje**:

1. **Mapeo de buenas prácticas** desarrollado entre octubre y diciembre de 2021 en la Euro-Región NAEN, que identificó 52 experiencias innovadoras impulsadas por ayuntamientos, entidades del Tercer Sector, universidades y empresas, en ámbitos domiciliarios, residenciales y comunitarios.
2. **Seminarios digitales de la Red NEXT-CARE**, celebrados en 2022 y 2025, que sirvieron para contrastar experiencias, profundizar en los resultados del mapeo y avanzar en la definición de temáticas clave para la transición hacia nuevos modelos de cuidados.

A partir del análisis de estas fuentes se observaron patrones comunes y aprendizajes transferibles que se han sintetizado en el **Modelo NEXT-CARE de Innovación en Longevidad**, estructurado en cinco procesos y 17 temáticas.

5.2. Modelo NEXT-CARE de Innovación

El Modelo NEXT-CARE de Innovación en Longevidad se estructura en **5 procesos interrelacionados** que permiten ordenar y sistematizar las experiencias recogidas en el mapeo y en los espacios de intercambio del proyecto. Cada proceso agrupa un conjunto de buenas prácticas organizadas en **17 temáticas clave** que abarcan desde la identificación de necesidades hasta la difusión de resultados:

- 1. Diagnóstico:** se centra en el análisis del contexto social, el grado de fragilidad y dependencia, y los recursos disponibles para el cuidado.
- 2. Prototipado:** interpreta la información obtenida en el diagnóstico y define los elementos de la intervención.
- 3. Intervención:** recoge actuaciones dirigidas a personas en situación de fragilidad y dependencia, a sus cuidadores y cuidadoras —formales e informales—, y al entorno comunitario.
- 4. Evaluación:** mide los resultados alcanzados e incorpora indicadores de impacto en calidad de vida, así como en eficiencia y coste-beneficio.
- 5. Escalado:** sistematiza, adapta, transfiere y difunde las innovaciones con el fin de garantizar su sostenibilidad y replicabilidad en distintos contextos.

Además de estos procesos, el modelo incorpora **cuatro ejes transversales —desafíos, ideas, innovación e impacto—** que actúan como hilos conductores entre las fases. Estos ejes permiten transformar los aprendizajes en propuestas de valor, asegurar la coherencia entre diagnóstico e intervención y, finalmente, proyectar los resultados hacia su transferencia y escalabilidad.

La Figura 7 resume gráficamente el Modelo NEXT-CARE de Innovación en Longevidad mostrando la relación entre los procesos, las temáticas y los ejes transversales que lo articulan:



Figura 7. Modelo NEXT-CARE de Innovación en Longevidad

5.3. Despliegue de la Guía de Innovación en Longevidad

El despliegue de la Guía se articula a través de los cinco procesos del Modelo NEXT-CARE —diagnóstico, prototipado, intervención, evaluación y escalado—. Cada uno de ellos integra un conjunto de buenas prácticas que ilustran cómo trasladar a la práctica los principios de innovación en longevidad, tanto en el ámbito domiciliario como en centros residenciales y en la comunidad.

Proceso I. Diagnóstico

El primer paso del Modelo NEXT-CARE consiste en **comprender la realidad de la longevidad y los cuidados y apoyos en los territorios implicados**. Este proceso agrupa buenas prácticas orientadas a identificar tendencias sociales, analizar la fragilidad y la dependencia, y mapear recursos y experiencias existentes.

El diagnóstico construye una base de conocimiento que permite anticipar retos, diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades reales y optimizar el uso de los recursos. Las iniciativas recogidas muestran cómo el análisis riguroso de los datos, la colaboración entre agentes y la evaluación del contexto son claves para orientar con éxito la innovación en cuidados y apoyos. Las buenas prácticas se han agrupado en **tres temáticas principales**:

- 1. Tendencias del contexto social:** observatorios, estudios y herramientas para comprender la evolución del envejecimiento y sus implicaciones sociales, económicas y territoriales.
- 2. Fragilidad y dependencia:** metodologías y dispositivos para identificar, valorar y prevenir la fragilidad y la dependencia en personas mayores.
- 3. Recursos y experiencias:** mapeo e intercambio de recursos y prácticas que fortalecen la capacidad de intervención e innovación en cuidados y apoyos.

La siguiente tabla recoge **buenas prácticas del Proceso I. Diagnóstico**, organizadas por temática.

Temática	Nombre de la práctica	Descripción
Análisis de tendencias del contexto social	ADINBERRI SIA Euskadi https://sia.adinberri.eus/es/	Plataforma de referencia para el intercambio de conocimiento, identificación de tendencias y diseño de escenarios de futuro en envejecimiento. Integra y transfiere conocimiento para anticipar retos y apoyar la toma de decisiones estratégicas.
Fragilidad y dependencia	BaTuran Euskadi https://www.hurkoa.eus/es/servicios/atencion-personas-en-situacion-de-riesgo-y-o-fragilidad	Herramienta para diagnosticar y valorar la fragilidad social de personas mayores de 65 años que viven en domicilio sin dependencia grave evaluando cuatro aspectos clave de la fragilidad: actividades instrumentales de la vida diaria, redes sociales y participación social, proyecto vital y contexto.
Fragilidad y dependencia	Teknoadineko Euskadi www.agintzari.com	Modelo de intervención que combina tecnología, activación comunitaria y apoyo socioeducativo para la detección temprana y clasificación de situaciones de fragilidad y soledad.
Recursos y experiencias	Proyecto SAREA (POCTEFA) Transfronterizo https://sareaproiektua.eu	Red de cooperación profesional entre entidades de ambos lados de la frontera para compartir experiencias, identificar problemáticas comunes y desarrollar herramientas y técnicas de intervención social.
Recursos y experiencias	Red NEXT-CARE Transfronterizo https://www.next-care.eu/	Plataforma transfronteriza que conecta agentes de innovación, investigación y formación para el aprendizaje, transferencia y escalado de buenas prácticas en cuidados y apoyos en domicilio, residencias y comunidad.

Proceso II. Prototipado

El segundo paso del Modelo NEXT-CARE consiste en transformar el conocimiento obtenido en el diagnóstico en propuestas concretas de intervención. Este proceso recoge **buenas prácticas orientadas a interpretar los resultados del diagnóstico y a generar ideas de intervención** que respondan a las necesidades detectadas en los territorios.

El prototipado permite experimentar, diseñar y validar soluciones innovadoras antes de su implementación a mayor escala. Las experiencias incluidas demuestran cómo la creatividad, la cocreación y el análisis contextual facilitan modelos de cuidados más personalizados, sostenibles y centrados en la persona.

Las buenas prácticas se han agrupado en dos temáticas:

- **Interpretación** del diagnóstico: prácticas que convierten los datos y análisis previos en decisiones estratégicas y modelos de actuación adaptados al contexto.
- **Generación** de ideas de intervención: metodologías y espacios colaborativos para crear propuestas innovadoras que aborden los retos de la longevidad y los cuidados y apoyos.

La siguiente tabla recoge **buenas prácticas del Proceso II. Prototipado**, organizadas por temática.

Temática	Nombre de la práctica	Descripción
Interpretación del diagnóstico	Creación de 10 viviendas vinculadas a la residencia Navarra http://residenciasanjeronimo.com/	Proyecto surgido de un diagnóstico participativo que detectó la necesidad de viviendas autónomas y seguras para personas mayores frágiles. Se construyeron 10 viviendas vinculadas a la Residencia San Jerónimo ofreciendo independencia con servicios de atención cercanos, respetando la intimidad y garantizando el cuidado cuando se requiera.
Generación de ideas de intervención	GizarteLAB Euskadi https://www.eusko-ikaskuntza.eus/es/proyectos/gizartelab/pr-60/	Programa de innovación social que combina formación teórica sobre transiciones clave (energética, tecnológica, demográfica) con talleres prácticos para generar ideas y proyectos transformadores. Incluye comunidades de transición para intercambiar buenas prácticas y consolidar redes de cambio autónomas a medio plazo.

Proceso III. Intervención

El tercer paso del Modelo NEXT-CARE se centra en la **puesta en marcha de acciones concretas para mejorar la atención, cuidados y apoyos en los distintos entornos** —domicilio, centros residenciales y comunidad—, respondiendo directamente a las necesidades detectadas en fases previas. Este proceso reúne buenas prácticas que muestran cómo se pueden aplicar enfoques innovadores para atender a personas frágiles, dependientes, cuidadoras y comunidades combinando atención personalizada, coordinación entre agentes y aprovechamiento de recursos locales.

Las iniciativas incluidas en este proceso demuestran que una intervención efectiva requiere de estrategias adaptadas a cada perfil, metodologías centradas en la persona, y redes colaborativas que integren a profesionales, familias, voluntariado y comunidad.

Las buenas prácticas se han agrupado en **cinco temáticas**:

- 1. Personas frágiles:** actuaciones para la detección, prevención y atención personalizada que permitan mantener la autonomía y calidad de vida.
- 2. Personas dependientes:** modelos y programas que favorecen la atención integral y el respeto a las preferencias de vida.
- 3. Personas cuidadoras (familiares y allegadas):** apoyos, formación y acompañamiento para quienes cuidan en el entorno familiar.
- 4. Personas cuidadoras (profesionales):** iniciativas de capacitación, especialización y mejora de las condiciones laborales.
- 5. Comunidad y proximidad:** experiencias de cuidado comunitario y redes solidarias para acompañar y apoyar a las personas mayores.

La siguiente tabla recoge **buenas prácticas del Proceso III. Intervención**, organizadas por temática.

Temática	Nombre de la práctica	Descripción
Personas frágiles	Equipos operativos de zona Navarra	Equipos interdisciplinarios en cada zona básica que integran atención primaria de salud y servicios sociales con gestión de caso y valoración sociosanitaria compartida para atender a personas con necesidades sociosanitarias complejas.
Personas frágiles	DOMCARE Nouvelle-Aquitaine https://mspb.com/usager-ou-accompagnant/accompagnement-medico-social-ssiad-et-domcare/	Servicio nocturno de respuesta a emergencias que garantiza un regreso seguro a casa de personas mayores evaluando su situación y coordinando la continuidad de cuidados y apoyos durante los días posteriores.
Personas frágiles	Ogénie – Prevención de la soledad no deseada Occitanie https://www.hautespyrenees.fr/seniors/prevention/ogenie-un-nouvel-outil-pour-creer-du-lien-a-destination-des-seniors-dans-les-hautes-pyrenees/	Plataforma para detectar personas mayores aisladas y conectarlas con actividades y recursos sociales locales. Incluye cuestionarios y apoyo de agentes comunitarios.
Personas frágiles	Ma Maison A'Venir Occitanie http://mamaisonavenir.fr/concept/	Proyecto itinerante con un camión adaptado que recrea una vivienda y ofrece asesoramiento práctico sobre adaptaciones y ayudas técnicas para prevenir caídas y favorecer la autonomía en el hogar.
Personas dependientes	Gizarea Euskadi https://www.ifbscalidad.eus/es/iniciativas/gizarea-atencion-centrada-en-las-relaciones/43/	Modelo de Atención Centrada en las Relaciones que valora la reciprocidad y los vínculos entre personas cuidadas, familias y profesionales como base de la calidad del cuidado.
Personas dependientes	Etxean Bizi Euskadi https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi	Programa para facilitar la permanencia de personas mayores en su domicilio el mayor tiempo posible, respetando sus deseos y ofreciendo atención integral y flexible.
Personas cuidadoras (familiares y allegadas)	OK en Casa Euskadi https://okencasa.com/	Programa de apoyo integral a cuidadores y cuidadoras familiares que incluye capacitación, acompañamiento psicosocial y recursos logísticos para mejorar su bienestar y la calidad del cuidado.
Personas cuidadoras (familiares y allegadas)	Semana de los y las cuidadoras Occitanie https://www.hautespyrenees.fr/	Iniciativa para sensibilizar, informar y ofrecer espacios de descanso y actividades lúdicas a cuidadores y cuidadoras familiares incluyendo grupos de apoyo y debates.
Personas cuidadoras (profesionales)	Formación en método Montessori para la autonomía Francia https://www.resantevous.fr/actions-resante-vous/former-les-professionnels/	Capacitación a cuidadores y cuidadoras profesionales en la adaptación del método Montessori para promover la autonomía de personas mayores. Incluye formación práctica y acceso posterior a recursos <i>online</i> .
Personas cuidadoras (profesionales)	Adinprest Euskadi https://www.adinberri.eus/es/-/el-proyecto-adinprest-impulsado-y-confinanciado-por-la-fundaci%C3%B3n-adinberri-ya-est%C3%A1-en-marcha	Formación y certificación en cuidados y apoyos con especialización en Atención Centrada en la Persona combinada con prácticas y empleo dirigido a mujeres desempleadas mayores de 45 años,
Personas cuidadoras (profesionales)	BEGIRADA – Programa de especialización en ACP Euskadi https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/begirada-aprende-aprender-mirar	Especialización profesional en Atención Centrada en la Persona con currículo homologado para transformar el modelo de cuidados y apoyos en servicios sociosanitarios.
Personas cuidadoras (profesionales)	Dispositivo de apoyo a la coordinación (DAC) Francia https://www.dac-64.fr/ / https://www.relais-sante-pyrenees.fr/relais-sante-pyrenees/organisation	Plataforma territorial para coordinar la atención sociosanitaria de personas con necesidades complejas proporcionando orientación, seguimiento y planes de salud personalizados.
Comunidad y proximidad	Comarca Compasiva Euskadi	Red comunitaria de cuidado, apoyo y acompañamiento para personas con enfermedad avanzada o en cuidados paliativos impulsada con voluntariado y coordinación sanitaria.
Comunidad y proximidad	Jubiloteca Navarra https://bortziriakgz.eus/es/	Espacio de encuentro y ocio activo que previene la dependencia, fomenta la participación social y trabaja las áreas física, cognitiva y emocional.
Comunidad y proximidad	Nagusilan Euskadi https://nagusilan.org/	Asociación de voluntariado que acompaña a personas mayores en soledad no deseada fomentando el envejecimiento activo y el compromiso solidario.
Comunidad y proximidad	Mirada Activa Euskadi	Red de detección y respuesta a la fragilidad y soledad no deseada movilizando a asociaciones de mayores, profesionales y ciudadanía para crear vínculos vecinales estables.

Proceso IV. Evaluación

El cuarto paso del Modelo NEXT-CARE se centra en **medir y valorar el impacto de las intervenciones innovadoras**. Evaluar permite comprobar si las soluciones implementadas alcanzan los objetivos previstos, optimizar recursos y generar evidencias que faciliten la toma de decisiones y la replicabilidad de las iniciativas.

Las buenas prácticas recogidas en este proceso muestran cómo el seguimiento continuo, la medición del bienestar y el análisis coste-beneficio contribuyen a mejorar y/o consolidar intervenciones eficaces, sostenibles y adaptadas a las necesidades reales.

Las iniciativas se han agrupado en **tres temáticas**:

- 1. Monitorización e impactos intermedios:** metodologías y herramientas para hacer un seguimiento continuo de las intervenciones, identificar avances y detectar posibles ajustes.
- 2. Evaluación de impacto en calidad de vida:** sistemas de medición que valoran cómo las acciones repercuten en el bienestar y autonomía de las personas beneficiarias.
- 3. Evaluación coste-beneficio de las intervenciones innovadoras:** análisis que compara el impacto social y la calidad de vida generada con la inversión realizada para valorar la eficiencia y sostenibilidad de los proyectos.

La siguiente tabla recoge **buenas prácticas del Proceso IV. Evaluación**, organizadas por temática.

Temática	Nombre de la práctica	Descripción
Monitorización e impactos intermedios	Monitor de Ecosistemas (Zaintza HerriLab) Euskadi https://zaintzaherriLab.eus	Seguimiento continuo de proyectos de ecosistemas locales de cuidados y apoyos para conocer su grado de avance, recursos disponibles, así como barreras y aceleradores fomentando el aprendizaje y la escalabilidad.
Evaluación de impacto (calidad de vida)	Creando puentes para combatir la soledad no deseada (Rentería) Euskadi	Proyecto para promover la integración relacional de personas mayores mediante diagnóstico social, ecomapas y evaluación de calidad de vida (CUBRECAVI).
Evaluación de impacto (calidad de vida)	Pasaia Zaintza HerriLab Euskadi https://zaintzaherriLab.eus/es/w/pasaia-herriLab-cas	Evaluación del ecosistema de cuidados y apoyos de Pasaia con una metodología diseñada junto a la UPV/EHU, incluyendo guía para medir impacto en cooperación interinstitucional.
Evaluación de impacto (calidad de vida)	Etxean Bizi Euskadi https://www.matiaainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi	Evaluación económica y social de un modelo que permite la permanencia de las personas mayores en su domicilio, garantizando calidad de vida y costes iguales o menores que una plaza residencial.
Evaluación de impacto (calidad de vida)	OK en Casa (coste-beneficio) Euskadi https://okencasa.com	Estudio de coste-beneficio en colaboración con la LSE para evaluar el impacto económico y social de un programa integral de apoyo a cuidadores familiares de personas mayores dependientes.

5.4. Consideraciones y recomendaciones finales

El Modelo NEXT-CARE demuestra que la innovación en longevidad no es un lujo, sino una **necesidad estratégica para mejorar la calidad de vida, prolongar la autonomía y reforzar los sistemas de cuidados y apoyos**. Su estructura en 5 procesos — Diagnóstico, Prototipado, Intervención, Evaluación y Escalado— ofrece una hoja de ruta clara para transformar el conocimiento en acciones reales, sostenibles y transferibles.

De la experiencia transfronteriza surgen **cuatro claves esenciales** para innovar con éxito:

- **Innovación social:** escuchar y poner en el centro las necesidades reales de las personas, implicando a la comunidad, el sector público, el sector privado y la investigación (cuádruple hélice). La tecnología es un medio, pero la comunidad es el motor.
- **Innovación tecnológica:** integrar la tecnología desde las preocupaciones y expectativas de las personas usuarias garantizando la interoperabilidad y el uso responsable de los datos sociosanitarios.
- **Innovación social institucional:** asegurar un liderazgo público que genere alianzas sólidas y sostenibles con modelos de financiación que trasciendan la fase experimental y garanticen continuidad y escalabilidad.
- **Innovación organizacional:** reconocer que el cuidado no siempre pasa por un acto médico, sino también por vínculos sociales sólidos. La coordinación sociosanitaria y la prevención y reducción de la soledad no deseada son, también, intervenciones de salud.

Sobre esta base, se plantean varias **recomendaciones prácticas** para avanzar:

1. **Reforzar** la difusión de la Guía de Innovación en Longevidad y del Banco de Buenas Prácticas en todos los territorios, especialmente en Navarra y Nueva Aquitania, para lograr una representación más equilibrada.
2. **Acompañar** a las organizaciones en la documentación y adaptación de sus prácticas, facilitando su incorporación al ecosistema de la Red NEXT-CARE.
3. **Impulsar** clústeres temáticos y territoriales que generen sinergias, aprendizajes colectivos y pilotos replicables.
4. **Fomentar** la transferencia y escalado de prácticas efectivas asegurando su adecuación a distintos contextos locales y su sostenibilidad financiera.
5. **Mantener** la innovación centrada en la persona con especial atención a la personalización, la participación comunitaria y la integración de tecnologías accesibles y útiles.

Innovar en longevidad significa combinar lo humano, lo organizativo y lo tecnológico para crear ecosistemas de cuidados y apoyos más cercanos, efectivos y sostenibles. **El reto está en coordinar esfuerzos, escalar lo que funciona y mantener el foco en lo que realmente importa: que las personas vivan más y mejor en comunidades que cuidan.**

Capítulo 6

Políticas sociosanitarias y de innovación en longevidad

Las políticas sociosanitarias de transición agrupan normas, programas e instrumentos que facilitan la coordinación local entre los servicios de salud, los servicios sociales y el ámbito comunitario para garantizar una atención continua a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.

Para comprender las dinámicas de la innovación en longevidad resulta imprescindible situarlas en los contextos institucionales en los que se desarrollan. Para comprender estos contextos se ha realizado un análisis comparado de políticas sociosanitarias entre las regiones NEXT-CARE entre noviembre de 2023 y marzo de 2024. Este estudio se enmarca en un contexto institucional condicionado por el impacto de la COVID-19, que puso de relieve carencias estructurales en los cuidados residenciales y domiciliarios, y visibilizó retos como la soledad no deseada, la feminización e informalidad de los cuidados y la limitada cobertura en el hogar. A su vez, la crisis reveló oportunidades de innovación: redes comunitarias, colaboración intersectorial y modelos que integran atención social y sanitaria centrada en la persona.

6.1. Objetivos y metodología del estudio comparado

El *Estudio Comparado de Políticas Sociosanitarias* se plantea como una herramienta para orientar la transición hacia nuevos modelos de cuidados de personas mayores en situación de fragilidad y dependencia. Su objetivo general es **analizar y comparar el funcionamiento del ámbito sociosanitario en los cuatro territorios** del proyecto NEXT-CARE —Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Occitania— poniendo especial énfasis en las dinámicas comunitarias y en los mecanismos de coordinación entre sistemas. En este contexto, los objetivos específicos han sido:

1. **Analizar** la organización, funcionamiento y características del espacio sociosanitario en cada territorio, con especial atención a las dinámicas comunitarias.
2. **Identificar** similitudes, diferencias y retos compartidos, así como estrategias específicas desplegadas en cada contexto para afrontarlos.
3. **Valorar** el potencial del ámbito comunitario en la construcción del espacio sociosanitario.
4. **Extraer aprendizajes** y formular recomendaciones sobre políticas, herramientas y estrategias de coordinación sociosanitaria.

La **metodología** ha seguido un proceso estructurado en cuatro fases complementarias:

- 1. Descripción global de cada uno de los sistemas sociosanitarios analizados:** revisión de normativas, marcos legislativos, planes estratégicos y herramientas de articulación del espacio sociosanitario.
- 2. Mapeo, selección y sistematización de buenas prácticas** identificación, análisis y selección de experiencias relevantes por nivel de intervención —macro, meso, micro— y por tipo de instrumento —gobernanza, gestión, atención—.

3. Entrevistas en profundidad: breve estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a 11 profesionales y responsables institucionales de los ámbitos social y sanitario, seleccionados por su experiencia y representatividad territorial.

4. Análisis individual y comparado: integración de la información de las fases previas para elaborar los informes territoriales, el informe comparado y las recomendaciones finales para el desarrollo de políticas sociosanitarias de transición.

El resultado es una visión conjunta que combina la perspectiva técnica con la experiencia directa de quienes trabajan cada día en la coordinación de cuidados y apoyos, ofreciendo una base sólida para guiar futuras políticas de transición hacia modelos más integrados, humanos y sostenibles.

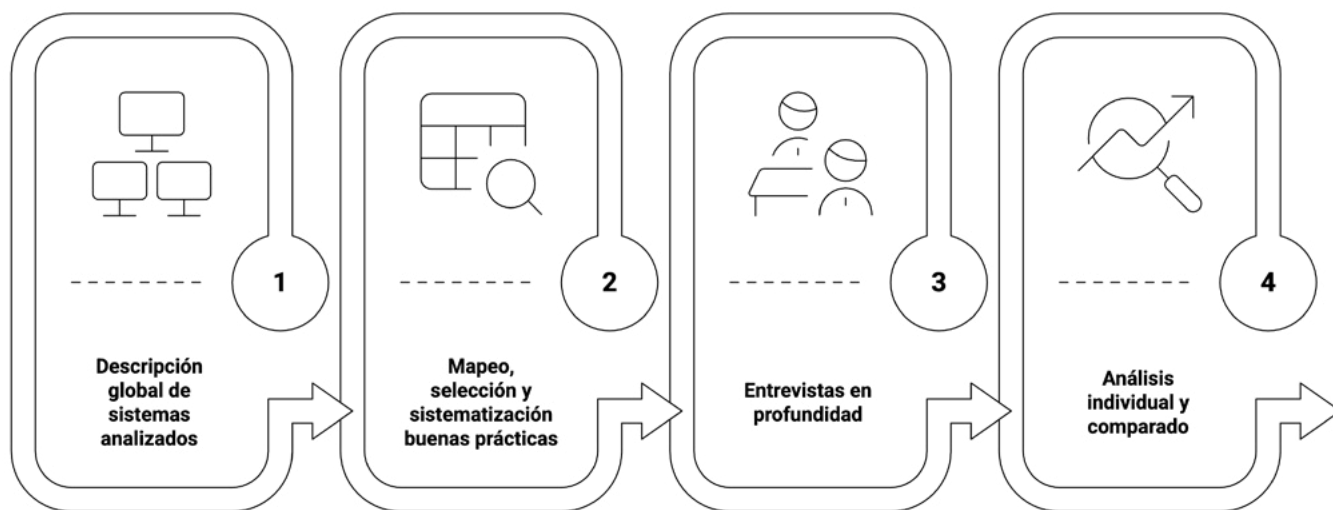


Figura 8. Metodología para el estudio comparado

6.2. Análisis comparado de políticas socio-sanitarias

Este análisis integra los resultados de los tres informes regionales, así como del estudio cualitativo entrevistas semiestructuradas —a personal gestor y experto—, para ofrecer una perspectiva global sobre la situación actual de las políticas sociosanitarias de transición en los cuatro territorios de la Euro-Región.

6.2.1. Panorama común y tensiones de base

Los cuatro territorios comparten una finalidad: **coordinar los sistemas social y sanitario** para garantizar continuidad de cuidados y apoyos, fluidez de itinerarios y uso eficiente de recursos. Este objetivo se enmarca en un contexto común de **envejecimiento, cronicidad, debilitamiento de redes informales y aumento de hogares unipersonales**.

Ningún territorio ha optado por crear un “tercer sistema” integrado. En su lugar, **se aplican estrategias de colaboración entre sistemas**, y en algunos casos, formas de integración funcional en ámbitos concretos. No obstante, esta coordinación se enfrenta a **tensiones estructurales** comunes:

- **Asimetría entre sistemas:** el ámbito sanitario está mejor definido, financiado y legitimado que el social y médico-social, más fragmentado, con copagos y menor reconocimiento profesional. Esta brecha se traduce en diferencias en cultura profesional, estándares, financiación y tiempos de respuesta.
- **Complejidad institucional:** la dispersión competencial y la multiplicidad de agentes dificultan la gobernanza. En Nueva Aquitania y Occitania, la proliferación de dispositivos y la escasez de profesionales, “desiertos médicos”, agravan la fragmentación.

Pese a estas barreras, los territorios han avanzado en formas de coordinación que, con distintos enfoques, buscan responder a necesidades reales desde una lógica más integral.

6.2.2. Configuración del espacio por territorio

Euskadi

Cuenta con una **gobernanza consolidada** formalizada en el *Decreto de Gobernanza Sociosanitaria* (2022), que estructura las relaciones entre niveles macro, meso y micro, con enfoque paritario entre sistemas. Se complementa con la *Estrategia Sociosanitaria 2021–2024* y un *Acuerdo Marco de Financiación*, que sustituye la lógica de compensación por una colaboración más estable del Departamento de Salud en recursos de titularidad social.

El principal **reto actual** es trasladar estos marcos a la práctica diaria, especialmente en el nivel micro donde se materializa la práctica asistencial. En el ámbito residencial persisten **áreas grises competenciales** —cuidados y apoyos básicos vs. sanitarios— y desigualdades territoriales internas. En cuanto a la información, tras la experiencia fallida con *InterRAI-CA*, que dejó lecciones sobre la duplicidad de carga y su baja aceptación, se ha dado un giro hacia una **Interconsulta Sociosanitaria** que comparta elementos esenciales sin duplicar registros. Destacan los avances en el acceso de las residencias a la historia clínica de Osakidetza.

Navarra

Se encuentra en **fase de desarrollo**, con una Comisión Directora y grupos técnicos a nivel macro. El despliegue más significativo se da en los niveles meso y micro a través del PAISS, que impulsa Equipos Operativos de Zona en atención primaria sociosanitaria. Estos equipos integran trabajo social de base, personal sanitario y enfermería comunitaria, y constituyen una dinámica efectiva de coordinación local.

La **financiación** de los servicios del PAISS depende del sistema social, lo que reproduce la asimetría entre ámbitos. Se plantea avanzar hacia fórmulas de financiación conjunta o “caja única” que garanticen mayor estabilidad y corresponsabilidad. En materia de **información**, el módulo *Andia Sociosanitaria*, integrado en la historia clínica única, incluye el plan de atención integral y la figura de la persona gestora de caso. Actualmente no es accesible para los servicios sociales, y se encuentra en fase de análisis su posible apertura. En el ámbito **residencial** persisten dificultades para homogeneizar criterios y contratar perfiles sanitarios, aunque se observa voluntad política de reforzar la implicación del Departamento de Salud.

Nueva Aquitania y Occitania (Francia)

El modelo francés presenta una **gobernanza fragmentada** estructurada en torno a dos ejes principales: las *Agencias Regionales de Salud (ARS)*, responsables del ámbito sanitario, y los *Consejos Departamentales*, que gestionan el sector social y médico-social. La coexistencia de dispositivos sucesivos como MAIA, PAERPA, PTA o DAC dificulta la articulación de una estrategia unificada y estable de coordinación.

En el ámbito **residencial (EHPAD)**, el sistema de triple financiación —componente sanitario a cargo de ARS/Seguro de Salud, dependencia asumida por APA/Departamento, y alojamiento sufragado por la persona usuaria— refuerza la medicalización de los centros y contrasta con los enfoques más sociales de Euskadi y Navarra.

Entre las **herramientas de coordinación** destacan los *Dispositivos de Apoyo a la Coordinación (DAC)*, que funcionan como ventanilla única para itinerarios complejos ofreciendo soporte tanto a profesionales como a personas usuarias. También existen plataformas digitales como *Paaco*, en Nueva Aquitania, y *SPICO*, en Occitania, aunque su adopción es baja debido a la duplicación de registros y a la falta de integración con otras herramientas. A nivel **micro**, el enfoque jerárquico limita la flexibilidad operativa. No obstante, durante la pandemia se observó una mayor flexibilidad local, que mejoró la capacidad de respuesta y puso de relieve el potencial del trabajo en proximidad.

6.2.3. Instrumentos por niveles

La coordinación sociosanitaria se despliega en tres niveles —macro, meso y micro— que requieren marcos normativos claros, estructuras de gestión eficaces y herramientas adaptadas a la atención directa. Los territorios analizados muestran avances en cada uno de estos planos, aunque con distinto grado de desarrollo.

Nivel macro. Gobernanza

Los marcos normativos y las estructuras institucionales definen el grado de formalización y estabilidad del espacio sociosanitario en cada territorio.

- **Euskadi** cuenta con un marco normativo consolidado, articulado en torno al *Decreto de Gobernanza Sociosanitaria (2022)*, la *Estrategia 2021–2024* y un *Acuerdo de Financiación*. Este conjunto refuerza la institucionalidad del espacio sociosanitario con un enfoque paritario y multiescala.

- **Navarra** ha reactivado sus estructuras de gobernanza, aunque persiste la necesidad de renovar el Plan Sociosanitario y de clarificar funciones y reglas de operación.
- **Francia** combina un marco estatal y regional con múltiples dispositivos, en ocasiones superpuestos. La financiación sanitaria de los EHPAD está estructuralmente asegurada, y la Haute Autorité de Santé (HAS) actúa como agencia evaluadora en el ámbito médico-social.

Nivel meso. Gestión de la coordinación

Los territorios despliegan herramientas para facilitar el trabajo conjunto entre sectores y agentes:

- **Espacios de encuentro y cultura compartida:** reuniones periódicas, formación conjunta, redes profesionales y equipos que fortalecen la interdisciplinariedad y el reconocimiento mutuo generando un verdadero “tiempo sociosanitario”.
- **Figuras de enlace:** trabajo sociosanitario (Navarra), referentes sociosanitarios (Euskadi) y coordinadores y coordinadoras integradas en estructuras sociales con perfil sanitario (Francia/PAERPA), actuando como puentes efectivos entre sistemas.
- **Formalización:** desarrollo de protocolos, acuerdos y estructuras organizativas que clarifican funciones y homogeneizan criterios.
- **Interoperabilidad de la información** como reto clave: evitar duplicidades, codiseñar con profesionales desde el inicio, y priorizar datos esenciales compartidos con trazabilidad garantizada.

Nivel micro. Atención

En este nivel se concreta la coordinación en la práctica cotidiana, mediante herramientas y actuaciones que inciden en la atención a las personas mayores, sus entornos y los y las profesionales que las acompañan:

- **Gestión de casos y planes individualizados:** instrumentos comunes en los cuatro territorios clave para garantizar atención personalizada y continua.
- Ámbitos de intervención frecuentes:
 1. Permanencia en el domicilio: apoyos domiciliarios, atención diurna, monitorización y tecnología, activación comunitaria.
 2. Apoyo a personas cuidadoras: formación, acompañamiento y servicios de respiro.
 3. Convalecencia y altas hospitalarias: cuidados y apoyos intermedios, y transición coordinada al domicilio.

Como **ejemplos destacables**, en Navarra, el PAISS estructura una atención sociosanitaria de base a través de los *Equipos Operativos de Zona (EOZ)* con una dinámica efectiva de trabajo conjunto. En **Francia** se pone mayor énfasis en el acceso a la información y orientación mediante dispositivos como CLIC y DAC.

6.2.4. Oportunidades: incorporación del ámbito comunitario

La COVID-19 evidenció el **potencial del ámbito comunitario** como complemento imprescindible de los sistemas social y sanitario. La capacidad de respuesta local —a través de redes vecinales, iniciativas de voluntariado y asociaciones— demostró que la comunidad puede desempeñar un papel activo en la detección, acompañamiento y apoyo a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.

Bajo el **concepto “comunitario”** se agrupa un ecosistema diverso: Tercer Sector —con fuerte presencia del movimiento asociativo en discapacidad y salud mental—, servicios municipales de proximidad, centros cívicos, programas como las “recetas sociales” o iniciativas vecinales. Esta variedad es una fortaleza, aunque también plantea retos de articulación y sostenibilidad.

El **consenso es claro sobre su papel** en la detección temprana, la promoción de la autonomía y los apoyos de baja intensidad. Sin embargo, su capacidad para asumir cuidados de alta intensidad es limitada, y persiste el debate sobre los límites del “comunitarismo” en un contexto de creciente individualización.

El Tercer Sector es reconocido como agente legítimo y necesario, aunque existen alertas sindicales sobre el riesgo de privatización encubierta. Por ello, **se considera clave el liderazgo público**: dotar de financiación estable, especialmente desde el ámbito municipal, y promover la participación activa de las personas usuarias en el diseño de servicios, como ocurre en algunas regiones francesas.

6.3. Innovación en las políticas de transición

El impulso innovador es desigual entre territorios. En Francia destaca una fuerte dinámica de experimentación local con iniciativas *bottom-up* cofinanciadas. Sin embargo, su impacto suele verse limita-

do por falta de continuidad y escalado. El principal aprendizaje es combinar innovación de proximidad con respaldo institucional estable.

La **innovación social** se concreta en ecosistemas como Pasaia HerriLab, Etxean Bizi, PAISS, Escuela de Cuidados o Vivir Mejor en Casa, que integran lo social, sanitario y comunitario con respuestas adaptadas al territorio. En el **plano tecnológico** destacan dos líneas: la mejora de la interoperabilidad de la información —Paaco-Globule, Andia Sociosanitaria, nuevas interconsultas—; y las tecnologías de apoyo domiciliario —etxeTIC, Etxean Bai—, que refuerzan la permanencia en el hogar y la autonomía.

También se observan **innovaciones institucionales**, como las *Reuniones Territoriales de Autonomía (RTA)*, en Occitania, que muestran cómo estructuras de proximidad pueden superar barreras estructurales. Por último, la investigación y la evaluación son imprescindibles para generar evidencia, difundir aprendizajes, orientar políticas y escalar experiencias con impacto probado.

A pesar de los avances registrados, persisten **obstáculos que dificultan una transición real** hacia modelos integrados y sostenibles. Uno de los retos principales es **alinear los niveles macro, meso y micro**, garantizando que la gobernanza y las estrategias se traduzcan en prácticas cotidianas efectivas.

También es necesario **reducir la desigualdad territorial** para asegurar un acceso equitativo a cuidados y servicios, independientemente del lugar de residencia. En el ámbito residencial, se requiere mejorar la **atención sanitaria —especialmente en Euskadi y Navarra— y aclarar las competencias** entre sistemas, evitando solapamientos o vacíos de responsabilidad.

Otro reto clave es **implantar sistemas sólidos de evaluación y calidad** en políticas y recursos socio-sanitarios. La experiencia francesa *HAS* puede ser una referencia útil para superar el déficit evaluador identificado en otros territorios.

La **revalorización del ámbito social y de los cuidados y apoyos** sigue siendo una tarea pendiente. Se trata de sectores altamente feminizados, con menor reconocimiento profesional y condiciones laborales frágiles. Además, urge **ampliar la coordinación hacia otros ámbitos clave** como la vivienda, la educación o el empleo, incorporando una visión más integral de las necesidades. Por

último, sostener la creciente demanda requiere de **una financiación adecuada y modelos de gestión eficientes** que aseguren la continuidad más allá de proyectos piloto y garanticen el impacto estructural de la innovación.

6.4. Consideraciones finales y recomendaciones

El análisis comparado confirma que, pese a diferencias estructurales, los cuatro territorios comparten un objetivo: **garantizar una atención social y sanitaria simultánea, coordinada y estable para personas mayores en situación de fragilidad y dependencia** favoreciendo su permanencia en el domicilio y el apoyo comunitario.

La coordinación sociosanitaria emerge como un **espacio de convergencia entre estructuras, profesionales y recursos**, donde el ámbito comunitario gana protagonismo. Persisten, no obstante, barreras asociadas a la distancia cultural, organizativa y financiera entre lo sanitario y lo social, así como una marcada asimetría en prestigio, recursos y derechos.

Una coordinación eficaz requiere desplegar herramientas en los tres niveles:

- **Macro:** gobernanza estratégica y marcos normativos claros.
- **Meso:** gestión compartida, interoperabilidad de la información y espacios de trabajo conjunto.
- **Micro:** atención personalizada, planes individualizados, y apoyo a cuidadores y cuidadoras.

Se han logrado **avances importantes** —el *Decreto de Gobernanza Sociosanitaria* en Euskadi, el PAISS en Navarra o los DAC en Francia— y se observa un impulso general a la innovación social, tecnológica e institucional. No obstante, siguen vigentes **desafíos comunes:** desigualdad territorial, carencias en la atención sanitaria en residencias, ausencia de evaluación sistemática, bajo reconocimiento del ámbito social y necesidad de integrar otros sectores clave como vivienda o ingresos.

A partir de estos hallazgos, se plantean **recomendaciones** para avanzar hacia políticas de transición más integradas y sostenibles:

Nivel macro – Gobernanza estratégica

- Equilibrar el desarrollo normativo con su aplicación efectiva en la práctica asistencial.
- Garantizar la paridad entre los sistemas social y sanitario en todos los órganos de decisión.
- Rediseñar la financiación para avanzar hacia fórmulas conjuntas o fondos comunes.
- Desarrollar una cartera de servicios y recursos sociosanitarios con acceso equitativo.
- Impulsar la interoperabilidad de datos, incorporando la experiencia profesional en su diseño.
- Fomentar la cultura del cuidado, desvinculándola de estereotipos de género.
- Ampliar la coordinación a otros sectores como vivienda o garantía de ingresos.
- Implantar mecanismos estables de evaluación y calidad.

Nivel meso – Gestión operativa

- Asegurar recursos humanos y materiales adecuados para la coordinación.
- Promover encuentros, equipos interdisciplinares y formación conjunta continua.
- Introducir figuras de enlace —trabajo sociosanitario— para ampliar la visión biopsicosocial.
- Reforzar la atención primaria sociosanitaria y los recursos intermedios de convalecencia y transición domicilio-hospital.
- Mejorar el acceso de personas mayores y cuidadoras a la información y los recursos mediante ventanilla única o itinerarios claros.

Nivel micro – Atención directa

- Consolidar metodologías eficaces: gestión de casos, planes individualizados y valoración conjunta.
- Desarrollar planes específicos para cuidadores y cuidadoras informales.
- Apoyar y sostener iniciativas comunitarias con respaldo institucional y financiación estable.

En suma, avanzar en la coordinación sociosanitaria requiere equilibrar estrategia y práctica, reducir desigualdades territoriales, reforzar el reconocimiento y la financiación del ámbito social, e integrar de forma efectiva el tejido comunitario. Solo así será posible construir un modelo de cuidados y apoyos más integrado, humano y sostenible.

Capítulo 7

Innovación en longevidad: Escenarios 2040

Los **estudios de futuros** constituyen una **herramienta estratégica** para anticipar y gestionar los profundos retos que plantea la longevidad y el cambio demográfico en territorios como Euskadi, Navarra, Pirineos Atlánticos y Alto Pirineos. Estos análisis prospectivos permiten **comprender la evolución de las necesidades de las personas mayores**, prever la transformación de los sistemas de cuidados, salud y cuidados comunitarios, e identificar oportunidades de innovación social y tecnológica. Al integrar diferentes escenarios posibles los estudios de futuros **facilitan la toma de decisiones políticas y comunitarias** con visión a largo plazo, garantizando que estos territorios transfronterizos puedan convertir el envejecimiento poblacional en un motor de cohesión, bienestar y desarrollo sostenible.

En el marco del proyecto NEXT-CARE se ha realizado un estudio de futuros para identificar escenarios de longevidad para el año 2040.

7.1. Objetivos y metodología

Objetivos

1. **Conectar la longevidad, el cuidado y la comunidad:** el estudio integra estos tres dominios, mostrando su interdependencia en el contexto del cambio demográfico, los sistemas de atención y las dinámicas comunitarias.
2. **Ampliar el alcance de la prospectiva regional y transfronteriza:** el estudio adopta una perspectiva meso-regional abordando territorios transfronterizos con presiones demográficas similares, pero con marcos institucionales y culturales distintos.
3. **Identificar acciones concretas para diferentes partes interesadas:** más allá de las narrativas de escenarios, el estudio propone acciones operativas para agentes clave como el Estado, el mercado, las familias y las comunidades, haciendo la prospectiva más aplicable y relevante para las políticas públicas.

Metodología

El estudio sobre prospectiva de la longevidad 2040 se ha llevado a cabo utilizando el método Delphi¹ en dos pasos. Este método fue seleccionado por su capacidad para combinar el consenso estructurado de personas expertas (39 personas expertas) con la generación imaginativa de futuros alternativos, en línea con las prácticas comunes de prospectiva en salud y política social.

Para aplicar esta metodología se desarrolló una **estrategia de muestreo intencional** para obtener un panel de personas expertas con amplia experiencia y conocimiento heterogéneo. Las personas expertas participantes proceden de una amplia gama de sectores directamente afectados por los cuidados de larga duración, entre ellos:

- servicios de salud y proveedores de servicios sociales, que abarcan tanto a agentes públicos como privados.
- políticas públicas y administración, a nivel regional y local.
- universidades y centros de investigación con experiencia en los ámbitos del envejecimiento, la política sanitaria y las ciencias sociales.
- organizaciones de la sociedad civil y del Tercer Sector, en particular las que representan a las y los cuidadores y a las personas de edad.

Esta composición de perfiles se consideró esencial para capturar la **pluralidad de perspectivas que dan forma a los sistemas de atención a largo plazo**, reflejando la interacción del Estado, el mercado, la familia, la comunidad y la dinámica del sector voluntario en la prestación de atención.

El estudio Delphi se realizó en dos ciclos entre los años 2022 y 2023. En el primer ciclo, se invitó a personas expertas a **evaluar los impulsores clave del cambio en la longevidad y el futuro de la atención**, así como a identificar posibles desafíos y oportunidades para los sistemas de atención a largo plazo liderados por la comunidad. Las respuestas se sintetizaron en una serie de declaraciones temáticas que capturaron puntos de vista convergentes y divergentes.

En la segunda ronda, las y los participantes evaluaron la plausibilidad y oportunidad de estas declaraciones, evaluando la **probabilidad de tendencias clave y la relevancia de desafíos específicos**. El proceso no sólo identificó áreas de consenso, sino que también identificó incertidumbres persistentes,

que se han vuelto esenciales para el desarrollo de escenarios.

Para estructurar el ejercicio se adoptó un modelo de dos dimensiones para explorar futuros:

- **Valores:** individualismo versus solidaridad, orientado a explorar si las sociedades en 2040 deben priorizar la responsabilidad colectiva y el apoyo compartido en lugar de la autonomía individual.
- **Gobernanza:** mercado versus Administración Pública orientado a los factores de coordinación entre instituciones públicas y servicios públicos, versus factores de coordinación de mercado y servicios privados.

La intersección de estos dos ejes generó una matriz de cuatro cuadrantes de la que emergieron cuatro escenarios distintos para el futuro de los cuidados de larga duración en 2040. A partir de la construcción de escenario, se identificaron **palancas de política transversales que podrían movilizarse en todos los futuros para promover la sostenibilidad y la equidad**. Los escenarios y las palancas se compartieron con las partes interesadas regionales para garantizar la resonancia contextual y estimular el debate sobre las estrategias a largo plazo para los cuidados de larga duración.

7.2. Resultados: 2040 escenarios

Momento 1. Construcción de escenarios

El momento 1 de la aplicación de la metodología Delphi generó tres visiones de los cuidados de larga duración en 2040 estructurados en torno a dos ejes clave: solidaridad vs. individualismo (valores) y Estado vs. mercado (gobernanza). Estos escenarios ilustran vías divergentes en la forma en que las sociedades pueden organizar el apoyo a las poblaciones que envejecen, destacando tanto los riesgos como las oportunidades para el desarrollo de ecosistemas de cuidado basados en la comunidad.

Escenario 1.

Predominio del pacto público-privado en la organización y gestión de los cuidados

Hacia 2040, **el Estado se consolida como líder estratégico del sistema de cuidados** con capacidad para regular, coordinar, evaluar y garantizar están-

dares de calidad y equidad. Sin embargo, la provisión directa de cuidados recae sobre acuerdos público-privados con un alto peso en la gestión de los cuidados por parte de las entidades de mercado y del Tercer Sector.

El **mercado adquiere un rol destacado en la prestación de servicios directos** para la población en general y en la atención especializada, con fuerte presencia de tecnologías de cuidados. Mientras que el **Tercer Sector y las entidades sin ánimo de lucro se concentran en los cuidados esenciales** para personas con menores recursos y en situación de exclusión social. En todos los casos predomina el cuidado de proximidad y la atención domiciliaria como estrategia central.

La **familia mantiene un papel central** como proveedora cotidiana de cuidados; aunque con mayores apoyos externos que alivian la carga **persisten las inequidades en la corresponsabilidad** de los cuidados entre hombres y mujeres.

La **comunidad**, por su parte, participa a través de **iniciativas locales y proyectos solidarios** que refuerzan la red de apoyo, pero su incidencia es secundaria frente al protagonismo del pacto público-privado.

Este escenario también impulsa la **profesionalización del trabajo de cuidados** con programas de formación y mejoras laborales, aunque subsiste un espacio relevante de economía informal que sostiene las necesidades no cubiertas por el sistema formal.

Escenario 2.

Predominio del mercado en la organización y gestión de los cuidados

Para 2040, el **Estado se limita a un rol subsidiario** centrado en garantizar una cobertura mínima dirigida a las poblaciones más vulnerables. Sus funciones se restringen a la provisión de algunos servicios básicos, la evaluación y la monitorización, velando únicamente por estándares mínimos de calidad. La **inversión pública en cuidados es reducida** y el sistema sanitario opera con recursos limitados, trasladando la mayor parte del esfuerzo al individuo y a la familia.

El **mercado asume un papel hegemónico** en la provisión de cuidados. La oferta privada se bifurca en dos segmentos:

- **Servicios especializados y de alta calidad** con profesionales cualificados y condiciones laborales estables, pero accesibles solo para quienes pueden costearlos.
- **Servicios generalistas y de bajo coste** a menudo prestados por personas con bajas cualificaciones, de carácter informal, que desempeñan sus funciones en condiciones precarias y, con frecuencia, basada en economía informal.

La **familia sigue siendo la principal responsable del cuidado**, aunque con menor capacidad para afrontarlo debido a la falta de apoyos públicos. La **carga recae de manera desigual en las mujeres** perpetuando la feminización y la sobrecarga de los cuidados.

El **Tercer Sector pierde protagonismo** frente al avance del mercado, quedando relegado a un papel marginal en la atención a colectivos específicos, en general, para poblaciones de bajos recursos y en situaciones de exclusión social. En paralelo, **la comunidad tiene una incidencia reducida** y funciona solo como soporte complementario de unos servicios públicos vulnerables.

Este escenario acentúa las desigualdades sociales: quienes disponen de recursos acceden a cuidados de calidad, mientras que los colectivos de bajos recursos o en situación de exclusión depende de servicios precarios o del esfuerzo familiar con un riesgo elevado de exclusión y sobrecarga doméstica.

Escenario 3.

Predominio del pacto público-social en la organización y gestión de los cuidados

Para 2040, el **Estado asume un rol central en la provisión directa de cuidados esenciales**, especialmente en el hogar, y lidera la coordinación de estrategias comunitarias en alianza con el Tercer Sector. Esta colaboración público-social fortalece la red de atención y permite combinar la cobertura universal con la proximidad del trabajo comunitario.

Las **familias continúan siendo agentes clave en el cuidado cotidiano**, pero reciben un respaldo sólido de las instituciones públicas, las organizaciones sociales y las redes comunitarias. Gracias a políticas de sensibilización y a la profesionalización del sector se logran **avances significativos en la corresponsabilidad entre hombres y mujeres**, tanto en la esfera doméstica como en la laboral.

El **trabajo de cuidados está ampliamente profesionalizado**, con mejores condiciones laborales y programas de formación continua, lo que reduce al mínimo la economía informal. Además, emergen con fuerza **modelos residenciales alternativos** —viviendas compartidas, comunitarias o con apoyos— que diversifican la oferta y mejoran la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

El **mercado mantiene una presencia secundaria**, enfocada en servicios altamente especializados y tecnológicos, accesibles principalmente para quienes pueden afrontar su elevado coste.

La **comunidad**, por su parte, adquiere un **papel dinámico al impulsar proyectos comunitarios** que refuerzan la cohesión social y complementan la red pública de cuidados, consolidando un sistema más inclusivo y equitativo.

Las dimensiones transversales

Los escenarios difieren considerablemente en sus supuestos y lógicas de desarrollo, pero existen **dimensiones transversales que pueden considerarse palancas de cambio** en cualquiera de los escenarios.

En primer lugar, el **envejecimiento de la población y la escasez de personal cualificado** siguen siendo persistentes en todos los futuros, lo que subraya la importancia de desarrollar políticas y estrategias de prevención destinadas a las poblaciones —auto-cuidado, cuidado familiar y cuidado comunitario— así como políticas y estrategias de formación, tanto formal como informal, para mejorar el nivel y el número de personas cualificadas.

En segundo lugar, la **monitorización y la evaluación de los cuidados**, así como la certificación de la calidad de los servicios prestados por las entidades —sean privadas o sociales—, configura un papel fundamental de la función pública en todos los escenarios de futuro.

En tercer lugar, la **tecnología desempeña un papel en todos los futuros posibles**, aunque su contribución depende del modelo de gobernanza de los cuidados y de las estrategias de control y gestión aplicadas a las soluciones tecnológicas. El desafío consiste en garantizar que estas herramientas no limiten, sino que complementen las dimensiones relacionales y humanas que constituyen la esencia del cuidado.

En cuarto lugar, **las familias, las comunidades y las organizaciones del Tercer Sector** tiene un papel diferente pero indispensable en cualquiera de los tres escenarios, ya sea para presentar servicios en cuidados de larga duración como para atender a poblaciones vulnerables.

Momento 2. Estimación de probabilidad

En esta sección se presenta el resultado de la consulta realizada a las personas expertas sobre la probabilidad de ocurrencia de los tres escenarios. Así, el 41% de las personas expertas consultadas estimó que es el primer escenario —pacto público-privado— el que tiene una mayor probabilidad de ocurrencia. El 38% de las y los consultados estimó que el segundo escenario —pacto público-social— es el más probable, mientras que el 21% asigna una mayor probabilidad al tercer escenario —gestión privada de los cuidados—.

Esta distribución de las probabilidades en la ocurrencia de los escenarios para el año 2040 expresa una clara **falta de consenso**, lo que constituye un **indicador de que el futuro de los cuidados es un problema complejo sujeto a múltiples factores**: económicos, sociales, culturales y políticos. También sugiere que no hay un camino claramente dominante, por lo que las políticas de cuidados están sujetas a tensiones y opciones frente a escenarios potencialmente probables y diametrales en sus impactos. Así, los riesgos asociados son distintos según el escenario que se materialice: desde desigualdad y mercantilización —escenario dominado por el mercado— hasta dificultades de sostenibilidad financiera o coordinación institucional —escenario dominado por un pacto público-social—.

Escenario 1. Predominio del pacto público-privado (41%): el más probable

Este escenario sigue siendo el escenario más probable según las personas expertas consultadas, representando un equilibrio mixto entre Estado y mercado con fuerte papel del Tercer Sector y la familia. Refleja un sistema donde el **Estado regula y garantiza calidad, mientras el mercado y organizaciones sin ánimo de lucro complementan la provisión de servicios**. La economía informal persiste, pero se buscan mejoras en la profesionalización y la corresponsabilidad de género.

Interpretación: las personas expertas consideran realista un modelo híbrido, que combine sostenibilidad institucional con flexibilidad del sector privado y la participación comunitaria.

Escenario 2.

Predominio del pacto público-social (38%): bastante probable

Un escenario basado en un modelo cooperativo entre Estado, Tercer Sector y comunidad para gestionar los cuidados es un escenario bastante probable. Así, la **Administración Pública provee cuidados directos y coordina estrategias comunitarias, mientras la familia recibe apoyo sólido**. La profesionalización del trabajo de cuidados es alta y la economía informal es marginal. Modelos de vivienda alternativa y participación comunitaria fortalecen la calidad de vida y la inclusión social.

Interpretación: las personas expertas perciben que un sistema equilibrado y socialmente inclusivo es viable, aunque requiere inversiones, coordinación y cohesión comunitaria significativas.

Escenario 3.

Predominio del mercado (21%): menos probable

Un sistema dominado por el mercado con mínima intervención pública se ve como el escenario menos probable. Refleja riesgo de desigualdad dado que ofrece **servicios especializados para quienes dispongan de recursos, y cuidados precarios o informales para una mayoría de la población**. La familia sigue sobrecargada y persiste la feminización del cuidado, mientras el Tercer Sector y la comunidad tienen un papel marginal solo destinado a personas vulnerables.

Interpretación: aunque existe la posibilidad de mercantilización de los cuidados, las personas expertas consideran que es menos probable que sea el escenario predominante hacia 2040.

7.3. Conclusiones

El proyecto NEXT-CARE desarrolló un **estudio de futuros sobre la longevidad y los cuidados para el año 2040** basado en una doble metodología:

- Talleres participativos con personas profesionales ligadas a la Red NEXT-CARE de aprendizaje y transferencia.
- Un estudio Delphi con personas expertas a fin de definir escenarios y establecer una probabilidad de ocurrencia de los mismos para las regiones de Euskadi-Navarra-Nueva Aquitania-Occitania.

Los escenarios identificados ilustran futuros diferentes con distintas probabilidades de concreción. El resultado muestra una falta de consenso entre las personas profesionales y expertas consultadas; no existe un camino único hacia un sistema de cuidados sostenible y equitativo. Las lecciones para la política social son claras: fortalecer al Estado como regulador, profesionalizar el cuidado, involucrar al Tercer Sector y la comunidad, reducir desigualdades y diseñar políticas resilientes y adaptables a múltiples futuros posibles.

En la siguiente tabla se destacan las lecciones estratégicas y las medidas claves que corresponden a los actores clave en el futuro de la longevidad.

1 El método Delphi es una técnica de investigación que permite obtener consenso sobre un tema mediante la recopilación de opiniones de expertos. A través de rondas sucesivas de encuestas y retroalimentación anónima, se busca reducir la incertidumbre y alcanzar un acuerdo sobre problemas complejos o futuros inciertos.

Agene	Lecciones estratégicas	Medidas clave
Estado	Garantizar estándares mínimos de calidad y equidad; impulsar la innovación y la evaluación; fortalecer el liderazgo en coordinación; y fomentar la capacidad de adaptación a distintos escenarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión directa de cuidados esenciales. • Regulación y supervisión de servicios privados. • Subsidios o ayudas económicas para quienes no pueden pagar servicios privados. • Programas de profesionalización de cuidadores/as. • Monitoreo y evaluación de políticas de cuidados.
Mercado	Evitar mercantilización y desigualdades por diferencia de recursos; fomentar complementariedad con el Estado y el Tercer Sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar servicios especializados con calidad garantizando accesibilidad. • Regular precios y condiciones laborales. • Incentivar la inversión privada en cuidados de calidad. • Impulsar las tecnologías sin deshumanizar el cuidado.
Familia	Reducir sobrecarga y fomentar corresponsabilidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de conciliación laboral y familiar. • Programas de apoyo a personas cuidadoras familiares. • Programas de sensibilización y educación sobre corresponsabilidad en los cuidados.
Comunidad / Tercer Sector	Complementar la provisión de cuidados, fortalecer la cohesión social y la resiliencia local.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a redes comunitarias y organizaciones sin ánimo de lucro. • Promoción de proyectos de vivienda comunitaria y modelos residenciales alternativos. • Programas de cuidado colaborativo y voluntariado basado en redes de apoyo. • Coordinación de servicios públicos, privados y comunitarios.

Capítulo 8

Recomendaciones

Recomendación 1. Fortalecer la cooperación transfronteriza en longevidad

Recomendación 1.1. Impulsar nuevos marcos legales para facilitar la cooperación transfronteriza

Impulsar la creación y/o adecuación de marcos legales e institucionales que faciliten y regulen la cooperación transfronteriza promoviendo **acuerdos bilaterales o multilaterales** que reconozcan las especificidades territoriales y administrativas de las regiones fronterizas. Estos marcos deben garantizar la seguridad jurídica, la interoperabilidad administrativa y la sostenibilidad de proyectos conjuntos, permitiendo una colaboración más ágil, efectiva y alineada con los objetivos comunes de desarrollo de iniciativas que atienden a los desafíos de la longevidad.

Recomendación 1.2. Impulsar la gobernanza transfronteriza en nuevos modelos de longevidad

Impulsar foros de **diálogo transfronterizo, encuentros culturales, campañas de sensibilización** conjunta, grupos de trabajo especializado en longevidad, así como programas de formación dirigidos a profesionales y funcionariado público en temas de sensibilización con especial atención a la diversidad cultural y a enfoques específicos de innovación en longevidad.

Recomendación 1.3. Impulsar una agenda transfronteriza de políticas de innovación en longevidad

Impulsar una agenda transfronteriza de políticas de innovación en longevidad que promueva la colaboración entre regiones fronterizas para impulsar la **innovación, la investigación aplicada, el desarrollo tecnológico y la implementación de soluciones** innovadoras en servicios de salud, servicios sociales y servicios comunitarios para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en las zonas transfronterizas.

Recomendación 2. Fortalecer la innovación trasfronteriza en longevidad

Recomendación 2.1. Promover proyectos de innovación social transfronteriza en longevidad

Promover el diseño e implementación de proyectos de innovación social transfronteriza orientados a la **solidaridad intergeneracional y longevidad** para que respondan a las necesidades y potencialidades de la longevidad en contextos fronterizos. Estos proyectos deben fomentar la participación activa de personas mayores, las personas jóvenes, las comunidades locales, promoviendo iniciativas que integren enfoques comunitarios, tecnologías accesibles, servicios integrales y desarrollo de capacidades territoriales compartidas entre regiones fronterizas.

Recomendación 2.2. Promover proyectos de innovación tecnológica transfronteriza en longevidad

Promover proyectos de innovación tecnológica transfronteriza orientados a la longevidad que impulsen el desarrollo y la adopción de soluciones tecnológicas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en territorios fronterizos. Estos proyectos pueden fomentar el **diseño de herramientas digitales basados en interoperabilidad de datos** para facilitar el autocuidado, la monitorización de estados de salud, la asistencia domiciliaria, la evaluación de la fragilidad y dependencia. Asimismo, incluyen el desarrollo de plataformas que mejoren el acceso a los servicios garantizando la escalabilidad de las soluciones y su adaptación a la usabilidad real de las tecnologías.

Recomendación 3. Fortalecer la formación transfronteriza en longevidad

Recomendación 3.1. Desarrollar una red de aprendizaje especializada en longevidad

Desarrollar una red de aprendizaje transfronteriza especializada en longevidad basada en buenas prácti-

cas de innovación con el fin de articular agentes públicos, académicos, sociales y del sector privado de distintas regiones para **facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas en torno a la longevidad**. La red de aprendizaje utiliza plataformas digitales y encuentros presenciales que favorezcan la creación de capacidades compartidas y la construcción de soluciones innovadoras transfronterizas en el campo de la longevidad.

Recomendación 3.2. Desarrollar programas conjuntos de formación especializada en longevidad

Desarrollar programas conjuntos de formación especializada en longevidad que respondan a las necesidades actuales y futuras de la longevidad en zonas transfronterizas. Estos programas deben ser **diseñados e implementados en colaboración** entre instituciones universitarias, centros de investigación, entidades públicas y organizaciones comunitarias destinados a personal médico-social y personas técnicas y profesionales, funcionarios y líderes de la comunidad involucrados en la promoción de un envejecimiento digno, activo y saludable.

Recomendación 4. Impulsar el análisis de tendencias y futuros en longevidad

Recomendación 4.1. Fortalecer el análisis de tendencias transfronterizas en longevidad

Fomentar la adopción de enfoques de prospectiva y estudios de futuros en instituciones públicas, centros de investigación y universidades, con el fin de **anticipar escenarios relacionados con el envejecimiento, la longevidad y los desafíos territoriales**. Esto incluye el análisis de tendencias, ejercicios de visión y futuros y su integración en procesos de planificación estratégica, diseño de políticas de innovación en longevidad y programas de innovación institucional, social y tecnológica.

ANEXO

Banco de Buenas Prácticas de Innovación en Longevidad

Nombre de la Práctica	Objetivos
GIPUZKOA	
Interoperabilidad sociosanitaria	Extender el uso electrónico del informe de salud para la valoración de dependencia y discapacidad entre Osakidetza y Diputaciones Forales.
Cuidando a quienes cuidan	Proporcionar capacitación, acompañamiento psicosocial y organización logística a cuidadores y cuidadoras familiares para su autocuidado y mejorar la calidad del cuidado al dependiente.
Despliegue interoperabilidad de la agenda sociosanitaria	Analizar, diseñar e implementar el intercambio electrónico de información (interoperabilidad) entre los Servicios Sociales y la OSI Goierri Alto Urola.
Erlauntza	Activar relaciones de confianza y conocimiento mutuo entre profesionales de barrio para generar conexiones y consolidar prácticas; aumentar conocimiento personal e institucional de recursos.
Etxean Bizi – Vivir en Casa	Fomentar la permanencia digna y de calidad en el domicilio el mayor tiempo posible para personas mayores; asegurar costes coordinados de servicios similares o menores a los residenciales.
Centros Garagune	Acercar los servicios a las personas y su entorno natural mediante espacios accesibles y confortables que promuevan su desarrollo personal, social y vida comunitaria.
Nagusilan	Ayudar y animar a personas mayores en situación de soledad con acompañamiento telefónico (El Hilo de Plata); promover su empoderamiento a través del compromiso social y un envejecimiento activo solidario.
Mantenimiento en el domicilio	Definir un modelo de atención centrado en la persona que integre ámbitos público y privado, social, sanitario y comunitario para el mantenimiento en el domicilio.
PASAIA HerriLab	Desarrollar un ecosistema local de cuidados y apoyos impulsando la coordinación entre servicios de salud y sociales; promover la adopción del modelo de atención centrado en la persona e integrar la participación comunitaria.
Atención a domicilio a mayores en riesgo de adicción	Definir una red integral de recursos domiciliarios para personas solas en riesgo o situación de adicción (nivel I); implementar un plan de intervención asistencial preventivo y de acompañamiento centrado en la persona; y definir un ecosistema integrado de atención domiciliaria.
Red de apoyo público-comunitario en Hernani	Combinar tecnología y activación comunitaria para la detección temprana y prevención de fragilidad y soledad; prevenir dependencia; mejorar condiciones laborales de cuidadores y cuidadoras migrantes; y estabilizar red de voluntariado.
Creación de una plataforma formativa para el desarrollo de la tecnología humanizada	Estudiar la escalabilidad del Hogar Digital para satisfacer necesidades de personas mayores; establecer una red de trabajo colaborativa entre centros de FP y Tknika; especificar necesidades de formación en Hogar Digital.
Grupos focales residentes y familiares	Valorar el grado de satisfacción de usuarios y usuarias, detectar áreas de mejora y fomentar la participación activa de residentes y familiares.
Estimulación cognitiva mediante sistema digital	Estimular las capacidades cognitivas de los y las residentes mediante sistemas digitales (tabletas); acercar la tecnología a las personas residentes.
Programa ejercicio físico UPV/EHU	Estimular las capacidades cognitivas de los y las residentes mediante sistemas digitales (tabletas); acercar la tecnología a las personas residentes.
Realidad virtual inmersiva	Mejorar la calidad de vida de los y las residentes; aportar experiencias relajantes y entretenidas que estimulen funciones cognitivas; potenciar intereses a partir de experiencias reales y motivadoras.

Nombre de la Práctica Objetivos

GIPUZKOA

Personalización cuidado de personas mayores residentes Mejorar la calidad de vida de los y las residentes (bienestar emocional, estabilidad, seguridad); fortalecer el vínculo cuidador/a-residente (atención personalizada); y mejorar el clima laboral del centro (satisfacción del personal auxiliar).

Impulsar el vínculo de la residencia con la comunidad Fomentar la integración de residentes en la actividad comunitaria; favorecer las relaciones con el entorno y visibilizar la vida residencial; impulsar la socialización y mejorar el clima social; y estimular ocio y disfrute.

Resivoz Desarrollar un dispositivo tecnológico para el registro inmediato de información sobre los y las residentes; optimizar el tiempo dedicado a estas funciones.

Estimulación cognitiva a través de la Realidad Virtual Implantar una actividad de realidad virtual para la estimulación cognitiva de residentes; trabajar la socialización a través de interacciones virtuales; y favorecer el bienestar mediante actividades de ocio significativas.

Ejercicio físico para personal gerocultor online Investigar los efectos de implementar un programa de ejercicio físico online para el equipo gerocultor; favorecer la condición física de los y las trabajadoras en áreas vulnerables (lesiones, dolor lumbar...).

Programa intergeneracional Acercar la residencia a los cambios culturales y sociales; revitalizar el hogar con un ambiente positivo transmitido por niños y niñas; acercar la residencia a la comunidad; y que los niños y niñas adquieran valores: solidaridad, aprecio...

Rehabilitación de la marcha Rehabilitar y mejorar la calidad de la marcha, el equilibrio, el patrón y la resistencia; mejorar la calidad de vida de pacientes con secuelas de daño cerebral o neurodegenerativas; y mejorar aspectos colaterales como el tracto intestinal y la circulación.

Gipuzkoa Intergeneracional Promover el vínculo intergeneracional, la transmisión de conocimiento y el desarrollo comunitario; crear un nuevo recurso para el cambio de paradigma en el tratamiento del envejecimiento; e implementar tipologías innovadoras de espacios intergeneracionales.

Robotean Behin: imantén tu mente activa! Identificar elementos clave para una aplicación robótica de estimulación cognitiva que fomente el uso continuado; identificar aspectos de comunicación persona-robot natural; y desarrollar un prototipo funcional base.

Prevención del deterioro cognitivo Diseñar, implementar y evaluar una intervención para la promoción de habilidades socio-emocionales en personas mayores con riesgo de demencia; evaluar la viabilidad de su integración en un programa multidominio de prevención del deterioro cognitivo.

Ejercicio físico online Analizar la viabilidad de un programa de ejercicio físico con supervisión online para residentes y su adherencia; implantar un programa online para auxiliares de geriatría para reducir el dolor lumbar y mejorar su calidad de vida.

BIZIHOBE Determinar características micronutricionales, inflamatorias, metabólicas y de microbioma en mayores de 60 años; determinar susceptibilidad individual a afecciones agudas o crónicas; y establecer recomendaciones nutricionales, de actividad física y descanso.

ADINPREST Profesionalizar a personas no cualificadas y en desempleo en la atención, cuidados y apoyos a domicilio y alojamientos; favorecer su inserción sociolaboral y cubrir necesidades empresariales; y adaptar la formación a perfiles del ecosistema Adinprest.

QAVAD Prevenir el aislamiento de personas y familias vulnerables en el hogar; mejorar y diversificar la oferta de formación para trabajadores y trabajadoras sociales y personal sanitario en atención domiciliaria; y promover la coordinación de agentes.

ACP – BEGIRADA Capacitar a personas que deseen dedicarse al cuidado de dependientes para identificar, organizar y prestar apoyos según el marco de la Atención Centrada en la Persona (ACP); asegurar que los cuidados y apoyos se presten bajo esta mirada.

Anticipar la fragilidad Promover acciones para favorecer el envejecimiento activo y la autonomía; abordar problemas de salud priorizando la recuperación funcional; adaptar nuevas tecnologías según su utilidad y eficiencia en personas mayores.

ANEXO

Banco de Buenas Prácticas de Innovación en Longevidad

Nombre de la Práctica Objetivos

BIZKAIA

Coordinación sistema de salud y sistema de servicios sociales	Proyecto piloto de coordinación entre el sistema de salud y sistema de servicios sociales en la atención a personas residenciadas.
Vínculo social para favorecer el mantenimiento en el domicilio	Mirada activa detectando situaciones de soledad entre las personas mayores.
Kwido	Construir una plataforma que facilite el cuidado de personas mayores en domicilio usando tecnología.
Interoperabilidad socio-sanitaria	Analizar, diseñar e implementar el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre los Servicios Sociales y la UGI Gernika (Gernika, Gernikalea, Bermeo y Lekeitio).
Formación y capacitación de cuidadores/as formales e informales	Implantación de un modelo de cuidado centrado en la persona sin sujeciones físicas ni farmacológicas.
Interoperabilidad en atención temprana	Analizar, diseñar e implementar el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre el ámbito de salud y servicios sociales para mejorar la coordinación en atención temprana.

ÁLAVA

Programa Activa Tu Barrio	Obtener el nivel máximo de cohesión social y bienestar individual, la implicación y participación personal y de las entidades desde el reconocimiento de la autonomía y potencial de las personas participantes.
Sensibilización a las profesiones del cuidado	Take away de experiencias culturales a los hogares de personas mayores dependientes.
KAWAII KUIDAR	Generar una red de cuidados y apoyos que se adapte a los nuevos roles, necesidades vitales para que las nuevas generaciones de personas cuidadoras estén en el mismo equilibrio y se entiendan.
APP de apoyo a familias cuidadoras	Prestar un apoyo especializado y cercano a la familia cuidadora de un familiar dependiente.
Ayuda a cuidadores y cuidadoras (familiares)	Estrategia sociosanitaria de apoyo a familias cuidadoras.
Apoyo a personas con Alzheimer a través de la teleasistencia	Adaptar la tecnología actual del servicio de teleasistencia a las necesidades de este colectivo y explorar nuevas soluciones tecnológicas existentes en el mercado que puedan ayudarles.
Interoperabilidad en la tramitación de la solicitud de la Teleasistencia	Analizar, diseñar e implementar las posibilidades en el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Osakidetza para la tramitación de la solicitud del Servicio Público de Teleasistencia.
Gizarea	El nuevo modelo de atención basado en las relaciones (ACR) busca que todas las personas participantes aprecien la importancia de relacionarse con otras personas.

Nombre de la Práctica Objetivos

NAVARRA

Equipos operativos de zona	Generar dinámicas de trabajo compartido en la atención primaria de salud y servicios sociales para atender de forma integral a personas que requieren un abordaje sociosanitario, apoyado y coordinado.
----------------------------	---

NUEVA-AQUITANIA

SCOOT LAB	Favorecer la movilidad física de personas frágiles o dependientes.
-----------	--

I-MANO	Formación de personas cuidadoras profesionales.
--------	---

AIDI	Aplicación digital para ayudar a personas cuidadoras familiares.
------	--

Trayectoria profesional en ayuda a domicilio	Formación continua a los y las cuidadoras profesionales.
--	--

Ekin Social	Espacio para facilitar las relaciones sociales presenciales y virtuales, locales y transfronterizas, entre organizaciones sociales, culturales o deportivas y la ciudadanía usuaria y/o voluntaria.
-------------	---

NEXT CARE

EURO POLO DE INNOVACIÓN EN LONGEVIDAD