

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN GIPUZKOA

Febrero 2026



Índice

1. Presentación: objetivos y metodología.....	5
1.1. Contexto y objetivos del estudio.....	5
1.2. Aspectos metodológicos	6
1.2.1. Principales características de la investigación	6
1.2.2. Medición del impacto de los servicios sociales sobre el bienestar y la calidad de vida: retos y enfoque analítico	7
1.2.3. Fuentes de información	10
1.2.4. Muestreo y tasas de respuesta	12
1.2.5. Limitaciones del estudio	14
1.3. Estructura del documento	15
2. Análisis descriptivo: principales características de las personas encuestadas.....	16
2.1. Características demográficas de las personas encuestadas y uso de servicios	16
2.1.1. Sexo y edad	16
2.1.2. Comarca de residencia	17
2.1.3. Grado de dependencia	18
2.1.4. Uso de servicios de atención a la dependencia	18
2.2. Nivel de dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria	19
2.3. Salud, discapacidad, memoria y bienestar mental.....	21
2.4. Adecuación de la vivienda, formas de convivencia y dificultades para llegar a fin de mes	22
2.5. Ayuda recibida en los domicilios y en las residencias	24
2.6. Valoración de la calidad de vida.....	27
2.6.1. Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (ASCOT ponderado)	27
2.6.2. Dimensiones de la calidad de vida	30
3. El impacto de las ayudas sobre la calidad de vida de las personas que residen en domicilios.....	33
3.1. Estrategia de análisis	33
3.2. Factores relacionados con el uso de los diferentes servicios y prestaciones	34
3.2.1. Factores asociados al uso de PECEF	34
3.2.2. Factores asociados al uso de la PEAP	38
3.2.3. Factores asociados al uso del SAD	41
3.2.4. Factores asociados al uso del CD	45
3.2.5. Similitudes y diferencias entre los patrones de acceso a PECEF, PEAP, SAD y CD	46
3.3. Relación entre el uso de las prestaciones y la frecuencia de la ayuda recibida	48
3.4. El impacto de los servicios y prestaciones sobre la calidad de vida de las personas en domicilios	52
3.4.1. Relación entre la frecuencia de la ayuda, las características individuales, los servicios formales recibidos y la calidad de vida	52
3.4.2. Relación entre las características personales, la intensidad de los servicios y/o prestaciones recibidos y la calidad de vida	54
4. Variabilidad en la calidad de vida de las personas que viven en centros residenciales	57
4.1. Estrategia de análisis	57
4.2. Perfil de las personas usuarias, características de los centros y prácticas relacionadas con la personalización	58
4.2.1. Perfil de las personas usuarias	58

4.2.2.	Características de los centros residenciales	61
4.2.3.	Prácticas relacionadas con la personalización.....	62
4.2.4.	Modo de cumplimentación del cuestionario	64
4.3.	Calidad de vida relacionada con los cuidados	64
4.3.1.	Resultados generales	64
4.3.2.	Relevancia del centro y la organización territorial en términos de calidad de vida	65
4.3.3.	Importancia de las características de la persona y del centro	65
4.3.4.	Estimación del efecto de los factores de nivel individual	67
4.3.5.	Estimación del efecto de los factores de nivel de centro (modelo 2)	68
4.3.6.	Estimación del efecto de la personalización de la atención (modelo 3)	69
4.4.	Discusión	71
5.	Implicaciones de los resultados	74
5.1.	La medición de la calidad de vida en el marco de la Agenda 2030 en Gipuzkoa	74
5.2.	Implicaciones de los resultados respecto al diseño del sistema de cuidados en Gipuzkoa	75
5.3.	Recomendaciones para futuras oleadas de la encuesta	77

Promueve



Autores/as

- José Luis Fernández. Care Policy and Evaluation Centre (CPEC). London School of Economics and Political Science (LSE)
- Madalen Saizarbitoria. Servicio de Información e Investigación Social (SIIS). Fundación Eguía Careaga
- Cristhian Jaramillo. Care Policy and Evaluation Centre (CPEC). London School of Economics and Political Science (LSE)
- Joseba Zalakain. Servicio de Información e Investigación Social (SIIS). Fundación Eguía Careaga

1. Presentación: objetivos y metodología

1.1. Contexto y objetivos del estudio

La medición de la calidad de vida de las personas mayores que utilizan servicios sociales es fundamental, porque refleja el propósito último del apoyo prestado, es decir, si les permite vivir la vida de acuerdo con sus prioridades y preferencias. Los indicadores tradicionales, como el volumen de servicios prestados o los resultados medidos en términos de salud, suelen pasar por alto dimensiones que importan a las personas mayores, entre ellas el control sobre la vida diaria, la participación social o la dignidad. Centrar la atención en la calidad de vida relacionada con los cuidados recibidos reconoce a las personas mayores como ciudadanos con preferencias y expectativas singulares y específicas, y proporciona un indicador más significativo del impacto real de los servicios de cuidado en la vida cotidiana de las personas atendidas.

Esta perspectiva ha impulsado el desarrollo de nuevos indicadores centrados en la persona para la población mayor con necesidades de cuidados. Entre ellas, el *Adult Social Care Outcomes Toolkit* (ASCOT), desarrollada por la Universidad de Kent (Inglaterra), es una escala específicamente diseñada para captar la calidad de vida relacionada con los servicios de cuidado y para ofrecer una medida que refleja las preferencias de la población mayor sobre diferentes aspectos de la calidad de vida, y que puede utilizarse en evaluaciones y análisis económicos.

Como se señala posteriormente, **ASCOT mide diversas dimensiones de la vida cotidiana que están directamente relacionadas con los cuidados recibidos**, como la higiene personal, la seguridad, el control, la participación social o la dignidad, y existe una sólida evidencia sobre sus propiedades de medida en población mayor o con discapacidad. Los estudios que utilizan ASCOT muestran que los cuidados de larga duración y los servicios comunitarios pueden lograr mejoras importantes en esta calidad de vida, lo que respalda su papel como resultado clave para la asignación de recursos y el análisis de productividad. Trabajos recientes con datos de ayuda a domicilio en varios países europeos también han demostrado una asociación clara entre la calidad de la experiencia de cuidados y los resultados medidos con ASCOT, lo que subraya la importancia de los aspectos interpersonales de la atención para la calidad de vida.

Concretamente, el **uso de herramientas como ASCOT permite** (Rodríguez Mínguez y Casal Rodríguez, 2024):

- Evaluar las dimensiones de la calidad de vida más afectadas por los servicios de cuidados.
- Tener en cuenta las preferencias sociales en el diseño y la ponderación de sus dimensiones.

- Cuantificar los resultados de tal forma que sean comparables entre diferentes servicios de atención a la dependencia.
- Identificar de forma rápida y eficaz la contribución de los servicios en la mejora de la calidad de vida de la persona dependiente.
- Identificar las intervenciones que obtienen mejores resultados al menor coste.

La utilización de esta herramienta para la medición de la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales se enmarca en la **Agenda de Cuidados Gipuzkoa 2020/2030**, uno de cuyos principales objetivos es el de desarrollar un nuevo modelo de evaluación de los cuidados y monitorización de las políticas sociales.

Se trata, por otra parte, de una **iniciativa pionera en nuestro entorno**, tanto a nivel autonómico como estatal, puesto que es la primera vez en Euskadi y en el Estado español que una institución pública con competencias en materia de cuidados encuesta a una amplia muestra de personas usuarias utilizando esta escala de calidad de vida. De hecho, se trata de la primera utilización a gran escala de ASCOT en español, que ha venido acompañada, además, de la **elaboración y validación de una versión de la misma encuesta en euskera**.

Como se señala posteriormente, los objetivos concretos que se han querido alcanzar con esta investigación son tres:

- Realizar una **aplicación experimental** de la escala ASCOT, en sus versiones en castellano y euskera, con el fin de analizar en qué medida la herramienta es útil para: a) medir la calidad de vida de las personas que reciben cuidados en Gipuzkoa, y b) evaluar el impacto de los diversos servicios y prestaciones en la calidad de vida de quienes los reciben.
- **Identificar los niveles de calidad de vida** de las personas usuarias de cuidados de larga duración en Gipuzkoa, determinar qué dimensiones de la calidad de vida obtienen una mejor puntuación, y qué perfiles de la población registran niveles de calidad de vida más altos.
- Identificar qué **factores sociodemográficos o socioeconómicos** —edad, sexo, estado de salud, limitaciones funcionales, situación socioeconómica, lugar de residencia, etc.— pueden asociarse a diferencias en calidad de vida.
- Al objeto de contribuir a la **evaluación de las políticas de cuidados**, identificar en qué medida diferentes servicios o prestaciones —o aspectos como la intensidad y personalización de esos servicios y prestaciones— se relacionan con niveles más elevados de calidad de vida.

1.2. Aspectos metodológicos

1.2.1. Principales características de la investigación

Esta investigación se apoya en encuestas individuales anonimizadas a personas mayores de 60 años con dependencia reconocida en Gipuzkoa (grados I, II y III), que viven en domicilios o en residencias, complementadas con información administrativa sobre los servicios sociales que utilizan y su intensidad. La variable de resultado principal es un índice continuo de calidad de vida derivado de la escala ASCOT, que sintetiza en un único valor la calidad de vida relacionada con los cuidados (CVRC).

Se investigan distintos apoyos, incluyendo el servicio de atención residencial, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP), la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) y los Centros de Día (CD). La muestra

incluye personas que, pese a tener un grado de dependencia reconocido, no reciben ninguno de estos servicios.

Para interpretar adecuadamente los resultados de esta investigación, es necesario tener en cuenta las siguientes características:

- Se trata, como ya se ha dicho, de una **encuesta experimental**, diseñada y aplicada como proyecto piloto. Es la primera vez que esta escala se aplica de forma masiva en su versión en castellano, y la primera vez que se aplica en euskera. El carácter experimental se refiere también al resto de las cuestiones metodológicas que se describen a continuación, como la selección de la muestra, la elaboración del cuestionario, el procedimiento de encuestación, la utilización de datos administrativos adicionales al cuestionario, la explotación de los datos, etc. Tanto los resultados de la investigación, como sus limitaciones deben interpretarse por tanto teniendo en cuenta este carácter experimental de la encuesta.
- La encuesta está diseñada para ser directamente respondida por las personas usuarias de los servicios de cuidado. Para ello, **la encuesta se dirige únicamente a las personas que tienen una capacidad cognitiva suficiente**, por lo que no han tomado parte en la investigación las personas que, tanto en domicilios como en residencias, tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo moderado o grave. La medición de la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo requeriría una versión diferente de la escala utilizada que actualmente no está disponible en castellano. Como se señala en el apartado de conclusiones, el hecho de considerar únicamente a las personas con una capacidad cognitiva suficiente –además de influir en los resultados– constituye una de las principales limitaciones de esta escala. Cabe pensar, sin embargo, que en posteriores ediciones de esta investigación será posible utilizar fórmulas de encuestación que permitan recoger la percepción que tienen las personas con niveles moderados o graves de deterioro cognitivo respecto a su calidad de vida.
- La encuesta se dirige a personas mayores de 60 años con valoración de dependencia (grados I, II y III) que residen en **dos entornos claramente diferentes**: los domicilios, por una parte, y los centros residenciales, por otro. Además de las diferencias en cuanto al entorno (y el tipo o la intensidad de los cuidados que se reciben en cada uno de ellos), hay que recordar que el perfil de las personas que residen en cada uno de estos entornos es también diferente, lo que influye en los resultados de calidad de vida identificados.
- Siguiendo el ejemplo de otros países, y como se explica posteriormente, se optó por la **autoadministración de la encuesta**¹, es decir, a cada una de las personas incluidas en el marco muestral se les envió por correo postal una carta firmada por la Diputada Foral de Cuidados y Políticas Sociales invitándoles a responder al cuestionario, ya fuera telefónicamente u *on line*. En ambos casos, las personas encuestadas han podido recibir ayuda de sus familiares y/o de profesionales para su cumplimentación, lo que, como se explica posteriormente, puede haber afectado a los resultados obtenidos.

1.2.2. Medición del impacto de los servicios sociales sobre el bienestar y la calidad de vida: retos y enfoque analítico

Evaluar hasta qué punto los servicios de cuidado mejoran el bienestar de las personas con necesidades de apoyo es esencial por tres razones.

- Primero, porque desplaza el foco desde la actividad del sistema (por ejemplo, el gasto o el número de personas atendidas) hacia **lo que realmente importa**, el efecto de los cuidados en la vida cotidiana de las personas.

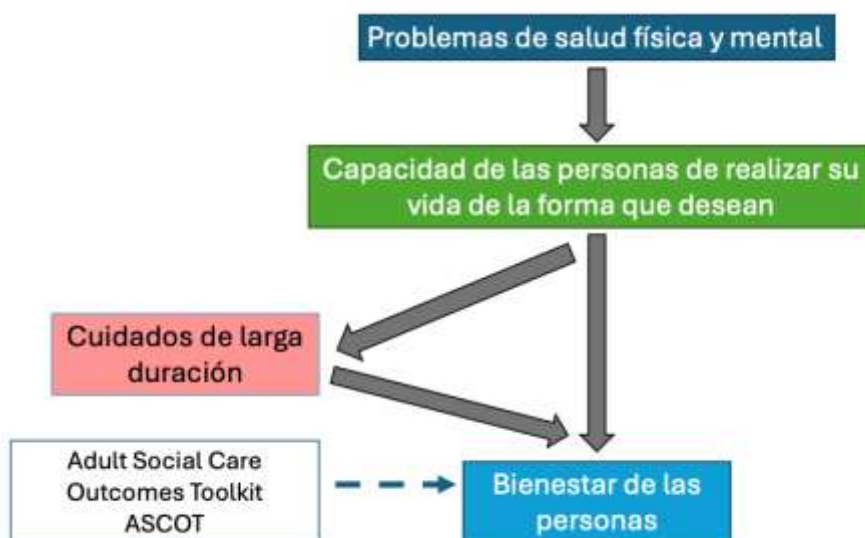
¹ Una encuesta autoadministrada es un cuestionario que el propio participante rellena sin la intervención directa de un/a entrevistador/a.

- Segundo, porque permite **comparar modalidades de apoyo distintas**, por ejemplo, ayuda a domicilio, prestaciones económicas o recursos comunitarios, con un lenguaje común de resultados.
- Tercero, porque aporta evidencia para **orientar decisiones** de asignación de recursos y diseño de servicios en un contexto de envejecimiento poblacional y presión presupuestaria.

Para ello, utilizamos en los análisis una medida estandarizada de calidad de vida relacionada con los cuidados (CVRC), obtenida de ASCOT, que sintetiza dimensiones centrales de la vida cotidiana y puede emplearse en evaluación económica y de políticas de cuidados².

Desde un punto de vista conceptual, el bienestar puede entenderse como el resultado de una “producción” conjunta en la que intervienen las necesidades (limitaciones funcionales, salud física y mental, deterioro cognitivo), los recursos materiales y el entorno (hogar, red familiar, situación socioeconómica), y los apoyos formales e informales disponibles. En este marco, **los servicios sociales no actúan en el vacío, sino que interactúan con redes de cuidado familiar, formas de cuidado contratadas al margen de los servicios sociales públicos, condiciones del hogar y múltiples características individuales**, como el estado de salud, el grado de dependencia, las formas de convivencia, el estatus socioeconómico o el nivel educativo. Todo ello hace que el mismo tipo de servicio pueda tener efectos diferentes según el perfil de necesidad y el contexto de cuidados en el que se presta.

Gráfico 1. El proceso de la producción del bienestar



El principal desafío metodológico para estimar el efecto de los servicios sobre el bienestar es el **sesgo por confusión ligado a la necesidad**. En datos observacionales como los de la muestra en este estudio, las personas que reciben más apoyo o apoyos más intensos suelen ser, precisamente, quienes presentan mayor dependencia o situaciones de necesidad más complejas, lo que genera una correlación fuerte entre “tratamiento” (tipo e intensidad de servicio) y determinantes del bienestar. Si comparásemos directamente la calidad de vida entre receptores

² El CVRC se obtiene mediante la ponderación del índice ASCOT a partir de estudios para medir la importancia que otorga la población a diferentes situaciones de cuidado en lo que respecta a la influencia que ejercen en la calidad de vida. De esta manera, los aspectos o dimensiones de la calidad de vida que la población considera más importantes contribuyen más a la escala. El resultado es una escala que se denomina “ajustada por preferencias” de la población en cuanto a los cuidados que aportan mayor calidad de vida.

y no receptores, o entre modalidades de apoyo, podríamos atribuir al servicio diferencias que en realidad reflejan diferencias en las necesidades subyacentes.

Antes de cualquier estimación causal, presentamos análisis descriptivos para caracterizar a la población, describir patrones de uso de servicios y documentar cómo varían las necesidades, el contexto y la calidad de vida entre grupos. Este paso es crucial para interpretar después los modelos multivariantes, ya que permite visualizar el grado de desequilibrio inicial entre quienes reciben distintos apoyos y anticipar el riesgo de sesgo de selección.

Para abordar la confusión por necesidades, y permitir la correcta interpretación de los resultados, adoptamos un conjunto adicional de estrategias:

- Uso de un conjunto amplio de covariables observadas que aproximan necesidad y contexto, por ejemplo, nivel de dependencia, salud autopercebida, memoria, ansiedad o depresión, convivencia, condiciones del domicilio y si la persona necesitó ayuda para completar el cuestionario. La selección de covariables finales se guiará por criterios basados en las correlaciones observadas, y en evidencia previa sobre cómo elegir variables para reducir sesgo en estudios observacionales de calidad de vida para personas con necesidades de cuidados de larga duración.
- Modelos de regresión multivariante: como base inferencial, se estimarán modelos de regresión multivariante que relacionen la calidad de vida (ASCOT) con el tipo de apoyo recibido, ajustando por el conjunto común de covariables de necesidad y contexto. En función de la naturaleza de cada variable dependiente, en análisis complementarios se utilizan también:
 - Regresión logística para modelar la probabilidad de recibir un tipo de apoyo, útil tanto para describir determinantes del acceso como para construir puntajes de propensión;
 - Modelos ordenados (logit o probit ordenado) cuando el resultado sea una medida ordinal de intensidad o frecuencia de la ayuda; modelos para variables con muchos ceros y asimetría (por ejemplo, intensidad de uso en horas o costes), donde son habituales enfoques de dos partes o modelos para distribuciones sesgadas, según el patrón empírico.
 - Análisis estructurales. Para comprender el proceso de producción del bienestar previamente señalado, complementamos los modelos explicativos de variabilidad en calidad de vida con modelos de la relación entre las características de las personas y los tipos de servicios recibidos, y entre las características de las personas, los servicios recibidos y la frecuencia de los cuidados recibidos por las personas en domicilios.

Estos modelos permiten controlar simultáneamente múltiples factores, pero, por sí solos, no garantizan por completo la comparabilidad entre grupos si persisten diferencias sustantivas en la distribución de covariables. Complementamos los resultados presentados en este informe con análisis de robustez basados en métodos de emparejamiento, con el fin de controlar, en la medida de lo posible, el efecto de diferencias en los factores de riesgo entre servicios. No obstante, puede persistir confusión por factores no observados (por ejemplo, calidad del cuidado informal, preferencias, información clínica no medida), además de posibles errores de medición. Por ello, los resultados se interpretan como estimaciones condicionadas a los supuestos de ausencia de confusión no observada y correcta especificación de modelos, y la credibilidad se refuerza mediante análisis de robustez y comparación de resultados entre métodos.

1.2.3. Fuentes de información

La información que se ha tenido en cuenta para los análisis proviene de **tres fuentes de datos** diferentes.

a) La escala ASCOT

Como se ha indicado previamente, la calidad de vida relacionada con los cuidados se mide mediante el cuestionario ASCOT (*Adult Social Care Outcomes Toolkit*), un instrumento autocumplimentable de 9 ítems desarrollado específicamente para evaluar el impacto de los servicios de cuidados de larga duración en la vida cotidiana de las personas usuarias. ASCOT no mide calidad de vida en general, sino dimensiones directamente relacionadas con la experiencia de los cuidados. Se trata de un instrumento ampliamente validado y utilizado a nivel internacional, especialmente en el ámbito de los servicios sociales y la atención a la dependencia. La escala interroga a las personas usuarias sobre su percepción en relación con ocho dimensiones específicas de la vida cotidiana:

- Control sobre la vida diaria
- Aseo personal
- Comida y bebida
- Seguridad
- Participación social
- Ocupación del tiempo
- Limpieza del hogar
- Dignidad

A partir de las respuestas a estos ocho ítems de ASCOT se construye un índice sintético, normalizado en una escala de 0 a 1, donde valores más altos indican una mejor calidad de vida relacionada con los cuidados. En el informe se utiliza también un **índice ponderado de Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC)**. En ese caso, el valor que se concede a cada una de estas dimensiones que mide ASCOT está ponderado en función de la importancia que socialmente se otorga a esas dimensiones en el contexto cultural español, que fueron estimadas durante el trabajo de adaptación de la escala al castellano realizado por Rodríguez-Mínguez y Casal-Rodríguez (2024). Esta ponderación por preferencias sociales facilita la interpretación de los resultados y la comparación entre grupos de personas usuarias.

b) Otras preguntas incluidas en el cuestionario

Se introdujeron en el cuestionario **preguntas adicionales**, necesarias para conocer las características sociodemográficas, socioeconómicas y de salud de las personas que participan en la encuesta, su entorno y el conjunto de los apoyos que reciben.

Esencialmente, estas preguntas adicionales se refieren, en el caso de las personas residentes en **domicilios**, a:

- Problemas físicos, mentales, emocionales o de memoria;
- Ayuda recibida en el domicilio por parte de otras personas (tipo de ayuda y frecuencia);
- Diseño y equipamiento de la vivienda;
- Estado de salud;

- Ansiedad y depresión;
- Número de hijos/as;
- Situación convivencial;
- Dificultad para llegar a fin de mes;
- Forma de cumplimentación de la encuesta.

En el caso de los **centros residenciales**, se añadieron las siguientes preguntas:

- Problemas físicos, mentales, emocionales o de memoria;
- Ansiedad y depresión;
- Visitas recibidas en el centro;
- Apoyo familiar o de otros allegados para la realización de actividades;
- Posibilidades para salir fuera del centro;
- Inclusión en los planes de atención individual de cuestiones relevantes para la propia persona;
- Participación en la elaboración del Plan Individual de Atención;
- Consideración de sus deseos y preferencias por parte de las personas que le apoyan;
- Participación en las actividades que se realizan en el centro,

c) Información individual adicional recogida de fuentes administrativas

Esta información fue posteriormente complementada, para cada caso, por los registros administrativos que la Diputación Foral de Gipuzkoa tiene sobre el grado de dependencia de cada persona, el tipo de servicios o prestaciones percibidas, la intensidad (en el caso del SAD) o la cuantía de las prestaciones (en el caso de la PEAP y la PECEF).

La información sobre los servicios y prestaciones económicas utilizados por cada persona encuestada se obtuvieron de IZFE, a partir de la información de gestión de la que se dispone en el sistema de información del Departamento de Cuidados y Políticas Sociales, previa autorización por parte de la persona encuestada. Se obtuvieron los datos sobre el uso de servicios en febrero de 2025, junto con la cuantía de las prestaciones económicas (PECEF o PEAP) recibidas en ese mes, y la intensidad del servicio de ayuda a domicilio en el trimestre anterior a la finalización de las entrevistas. Esta integración garantiza la solidez de los análisis descriptivos y la validez de las estimaciones sobre los efectos de cada tipo de servicio en la calidad de vida de las personas mayores.

d) Otras variables incluidas en el análisis

Además de las variables individuales señaladas, se han tenido en cuenta otras variables relacionadas con el lugar de residencia, en el caso de la muestra domiciliaria, y con las características del centro, en el caso de la muestra residencial. En este último caso, se han tenido en cuenta el tamaño del centro, la titularidad y el tipo de gestión, la ubicación del centro (nivel de ruralidad /

urbanidad), el nivel de privación socioeconómica del entorno y la proporción de personas encuestadas por centro. Estas variables se incluyeron porque pueden estar asociadas a diferencias en las características de los cuidados.

También se han tenido en cuenta en algunos de los análisis realizados una serie de variables geográficas relacionadas que pueden tener relevancia desde la perspectiva de la organización del sistema de atención. En concreto

- Área de servicios sociales (ASS). El Territorio se divide en 13 áreas que constituyen el ámbito geográfico en el que se prestan servicios de alta proximidad como los centros residenciales y los centros de día para personas mayores.
- Organización Sanitaria Integrada (OSI). El Territorio se divide en 6 OSI para la prestación de servicios de salud especializados, incluida la atención sanitaria en centros residenciales que no tienen personal médico propio.

1.2.4. Muestreo y tasas de respuesta

La encuesta se realizó entre noviembre de 2024 y febrero de 2025 en un total de 2.000 hogares y 57 centros residenciales de Gipuzkoa. En total, **el estudio contó con 3.025 participantes: 1.983 personas en domicilios y 1.042 en residencias**. Cabe señalar que 17 personas encuestadas en sus domicilios no autorizaron el uso de sus datos para esta investigación, por lo que fueron excluidas del análisis.

En total, **estas tres mil personas representan en torno al 13% de las casi 23.000 personas con valoración de dependencia registradas en Gipuzkoa**. Hay que recordar, en cualquier caso, que el universo de la encuesta estaba formado únicamente por personas sin deterioro cognitivo moderado o severo, por lo que la tasa de respuesta es sensiblemente mayor.

Para la **muestra en domicilios**, se obtuvieron datos sobre la población con reconocimiento de dependencia sin deterioro cognitivo por sexo, edad (60-74, 75-84, 85+ años) y combinación de servicio que recibían en el momento del muestreo (ninguno, SAD, PECEF, PEAP, CD, varios servicios al mismo tiempo³). Se calcularon las cuotas necesarias en cada estrato para alcanzar un error muestral del 3% para el conjunto de la muestra y cada uno de los estratos. Se decidió además sobrerrepresentar en la muestra a las personas usuarias de centros de día para garantizar análisis diferenciados para este servicio (con una población usuaria reducida).

Las 11.673 personas finalmente incluidas en el marco muestral recibieron una carta explicativa de la encuesta, firmada por la Diputada Foral de Cuidados y Políticas Sociales de Gipuzkoa, junto con **instrucciones para rellenar el cuestionario personalmente, por teléfono o bien a través de internet**. La realización del trabajo de campo se contrató con la empresa Sigma Dos, quienes atendieron las llamadas y se encargaron de recontactar proactivamente a las personas candidatas que todavía no habían respondido, hasta cumplir las cuotas establecidas para cada estrato de la muestra. Se obtuvieron 2.000 cuestionarios completados, 1.443 telefónicamente y 557 por internet. La distribución por estratos de la muestra obtenida se corresponde bien con la de la población atendida, de acuerdo con lo que puede apreciarse en la tabla siguiente. Se observa, en todo caso, cierto sesgo en la muestra de domicilios hacia población más dependiente (las personas con dependencia de grado 1 representan el 21% de la muestra y el 11,2% de la población).

³ A lo largo del informe se utilizan estos acrónimos para referirse a los siguientes servicios: Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF); Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP); Centro de Día (CD).

Tabla 1. Distribución de la muestra y la población de referencia para el estudio, por sexo, grupos de edad y grado de dependencia

		Muestra Encuesta Calidad de Vida en Gipuzkoa		Población con dependencia sin deterioro cognitivo (I Tr. 2024)		Tasa de respuesta
		N	%	N	%	%
Sexo	Hombre	679	34,0	3.726	31,9	18,22
	Mujer	1.321	66,1	7.947	68,1	16,62
	Total	2.000	100,0	11.673	100	17,13
Grupos de edad	60 a 74	514	25,7	1.741	14,9	29,52
	75 a 89	968	48,4	6.419	55,0	15,08
	90 y más	518	25,9	3.513	30,1	14,75
	Total	2.000	100,0	11.673	100	17,13
Grado de dependencia	Grado 1	900	45,0	6.869	58,8	13,10
	Grado 2	680	34,0	3.493	29,9	19,47
	Grado 3	420	21,0	1.311	11,2	32,04
	Total	2.000	100,0	11.673	100,0	17,13

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Como se observa en la tabla anterior, la tasa de respuesta es del 17,1% para el conjunto de la muestra, con porcentajes que oscilan entre el 13% en el caso de las personas con grado I y el 32% en el caso de las personas con grado III.

Para la **muestra en residencias** se enviaron copias impresas de la encuesta a los 57 centros residenciales de Gipuzkoa. Se pidió a las personas responsables de cada centro que distribuyeran los cuestionarios a las residentes con suficiente capacidad cognitiva. Se devolvieron 1.042 cuestionarios cumplimentados, lo que representa aproximadamente una quinta parte de la población atendida en dichos centros. A pesar de que las personas con deterioro cognitivo estaban excluidas de la encuesta, la gran mayoría de las personas encuestadas respondieron al cuestionario con ayuda de una tercera persona, en muchos casos un/a familiar y en otros casos las personas profesionales del centro.

Respecto a la representatividad de la muestra de residentes obtenida, las personas encuestadas tienen un perfil de dependencia bajo, en comparación con la población residencial en su conjunto⁴. El 29,3% de la muestra no tiene grado de dependencia reconocido o tiene dependencia moderada (grado 1), frente al 14% aproximadamente, en la población atendida. Por el contrario, las personas con gran dependencia (grado 3) representan casi el 40% de la población atendida, pero solamente el 21% de las personas residentes encuestadas con información válida.

Como se observa en la tabla 2, la **tasa de respuesta ha sido del 27,7% entre las personas en centros residenciales**, con diferencias importantes en función del grado de dependencia, de acuerdo con lo que se acaba de señalar. Esta sobrerrepresentación de las personas con grado I en residencias, y las diferencias señaladas en cuanto a las tasas de respuesta de cada grupo, puede tener un cierto impacto en los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida.

⁴ Se dispone de información sobre el grado de dependencia reconocido al conjunto de la población atendida (con o sin deterioro cognitivo) a fecha 31 de mayo de 2022 (Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa. Departamento de Políticas Sociales).

Tabla 2. Distribución por grado de dependencia reconocido. Conjunto de la población residente y muestra de la Encuesta de Calidad de Vida

	Conjunto de la población atendida 05-2022		Encuesta Calidad de Vida Gipuzkoa 2024			Tasa de respuesta
	N	%	N	%	% válido	%
< Grado 1	551	14,6%	229	22,0%	29,3%	41,6%
Grado 2	1.724	45,8%	387	37,1%	49,5%	22,4%
Grado 3	1.489	39,6%	166	15,9%	21,2%	11,1%
Desconocido	-	-	260	25,0%	-	-
Total	3.764	100,0%	1.042	100,0%	100,0%	27,7%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

1.2.5. Limitaciones del estudio

El carácter experimental de esta primera medición de la calidad de vida de las personas usuarias de cuidados de larga duración en Gipuzkoa obliga a **interpretar los resultados con cautela**. Las asociaciones observadas pueden estar influidas por factores no observados (por ejemplo, calidad de redes familiares, características del cuidador, o detalles del contenido del apoyo), y la asignación de servicios refleja necesidades y circunstancias previas. Por ello, aunque se aplican métodos de ajuste y, en algunos apartados, enfoques instrumentales, la inferencia debe entenderse como una aproximación a relaciones causales bajo supuestos concretos.

En todo caso, además del carácter experimental de la encuesta, deben tenerse en cuenta las siguientes limitaciones o condicionantes:

- **La inexistencia de herramientas en nuestro entorno para la medición de la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo.** La investigación realizada, por tanto, se centra en las personas en residencia o en domicilio que tienen unas características determinadas (entre ellas, una capacidad cognitiva suficiente).
- **La mayoría de las personas mayores encuestadas han recibido ayuda de otras personas para responder** al cuestionario, pero se desconoce en qué medida esta ayuda ha podido influir en las respuestas y, por lo tanto, hasta qué punto las éstas reflejan la interpretación de la situación desde el punto de vista de la persona que ayudó a responder a las preguntas. En el caso de las residencias, tampoco es posible saber con seguridad en qué medida han intervenido las profesionales de los centros en la administración de la encuesta. Como se señala posteriormente, existe alguna evidencia sobre el impacto de la forma de cumplimentación de la encuesta sobre los resultados, por lo que esta cuestión resulta relevante.
- **El proceso de recogida de información ha sido distinto en domicilios y en residencias**, particularmente en lo referente a la implicación de las personas profesionales en el apoyo para contestar. Como consecuencia de estas diferencias en la recogida de datos, los índices de calidad de vida obtenidos no son directamente comparables y es aconsejable analizarlos separadamente, evitando comparaciones directas entre el entorno residencial y domiciliario.
- **No ha sido posible integrar, sobre todo en el caso de los centros residenciales, información de interés sobre sus características.** Haber dispuesto de datos a nivel de centro sobre indicadores estructurales, ratios de atención o costes unitarios hubiera permitido analizar en qué medida esas variables se relacionan con la calidad de la atención.

- Las **tasas de respuesta no son las mismas para los diferentes perfiles de personas atendidas**, lo que puede reducir la representatividad de los resultados, especialmente en lo que se refiere al grado de dependencia. En el caso de las residencias se observa una sobrerrepresentación de las personas con grado I y en el caso de los domicilios de las personas con grado III. Es posible que este desequilibrio tenga algún impacto en los resultados obtenidos.

En todo caso, como se señala en el apartado final, puede decirse que estas limitaciones no han impedido obtener una **fotografía útil, rigurosa y relevante de la calidad de vida de las personas con dependencia que acceden a la red de Servicios Sociales de cuidado en Gipuzkoa**. Combinada con otras fuentes de información, como la evaluación de los resultados de la atención prestada en los centros residenciales (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2025), permite no sólo evaluar la calidad de los servicios sociales y su impacto sobre la calidad de vida de las personas usuarias sino, en el corto y medio plazo, tomar las medidas necesarias para la adecuación de la red de servicios.

1.3. Estructura del documento

Este informe recoge los principales resultados del análisis realizado a partir de los datos de la encuesta.

La estructura del documento es la siguiente:

- El siguiente apartado recoge un análisis descriptivo de los principales resultados obtenidos, tanto en lo que se refiere a la valoración de la calidad de vida como algunas de las características básicas de las personas que han respondido a la encuesta.
- El tercer apartado analiza los factores que explican la variabilidad en los niveles de calidad de vida en los centros residenciales.
- El cuarto apartado analiza los factores que explican la variabilidad en los niveles de calidad de vida en los domicilios, identifica los elementos que inciden en el acceso a los distintos servicios y prestaciones, y analiza el impacto específico que tienen los diferentes servicios y prestaciones sobre la calidad de vida de las personas usuarias, cuando se tienen en cuenta el resto de los elementos que indican en ella.
- El quinto apartado repasa las implicaciones de esta investigación, tanto en lo que se refiere al análisis de la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales como en lo que se refiere al diseño del sistema de cuidados en Gipuzkoa.

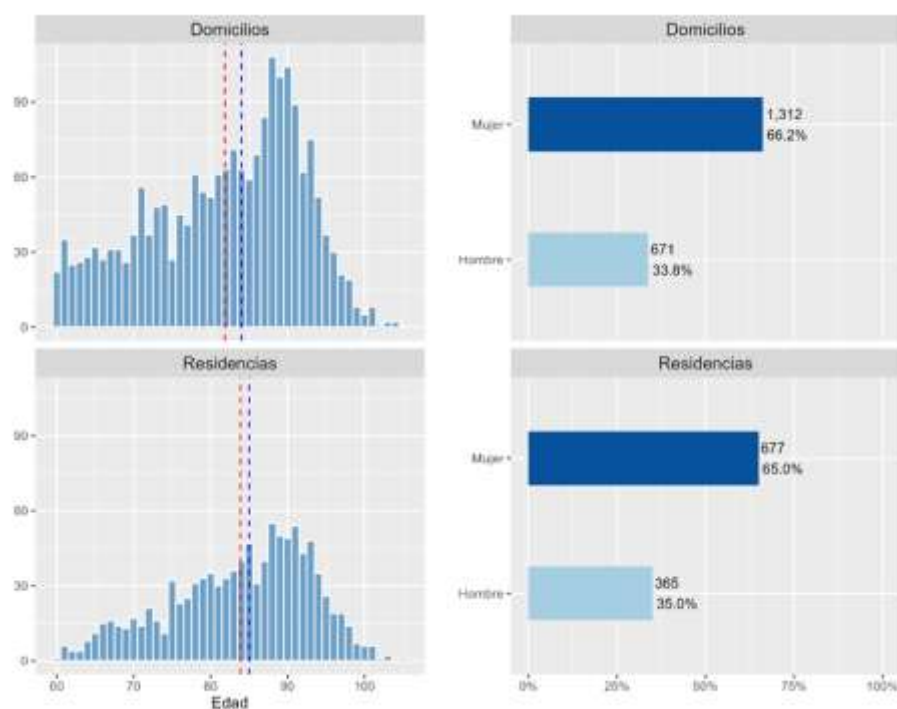
2. Análisis descriptivo: principales características de las personas encuestadas

Este capítulo recoge la información básica, de carácter descriptivo, sobre las características de las personas encuestadas, en lo que se refiere a su perfil sociodemográfico, las dificultades que tienen para la realización de las actividades de la vida cotidiana, la ayuda que reciben, su situación desde el punto de vista físico y mental, las características del entorno residencial y, finalmente, los resultados relacionados con su calidad de vida. En todos los casos, la información distingue entre el colectivo de personas que residen en domicilios y las que residen en centros residenciales.

2.1. Características demográficas de las personas encuestadas y uso de servicios

2.1.1. Sexo y edad

Tanto en los domicilios como en las residencias, la mayoría de las personas encuestadas son mujeres: 1.989 frente a 1.036 hombres. En domicilios, las mujeres representan un 66% del total en comparación con 34% de hombres. En las residencias, la distribución posee una tendencia similar con un 65% de mujeres y un 35% de hombres. Así, los datos muestran que, tanto en domicilios como en residencias, la población mayor atendida por los servicios sociales es mayoritariamente femenina.

Gráfico 2. Número de personas por edad cumplida y distribución por sexo en domicilios y residencias

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa. La línea roja representa la media y la azul la mediana de la muestra.

En lo que se refiere a la edad, en el gráfico anterior se observa que la distribución de la edad es relativamente distinta entre las personas que habitan las residencias y los domicilios. Las personas mayores que viven en residencias tienen, en promedio, una edad ligeramente más alta (83,9 años) que aquellas que viven en sus domicilios (81,9 años).

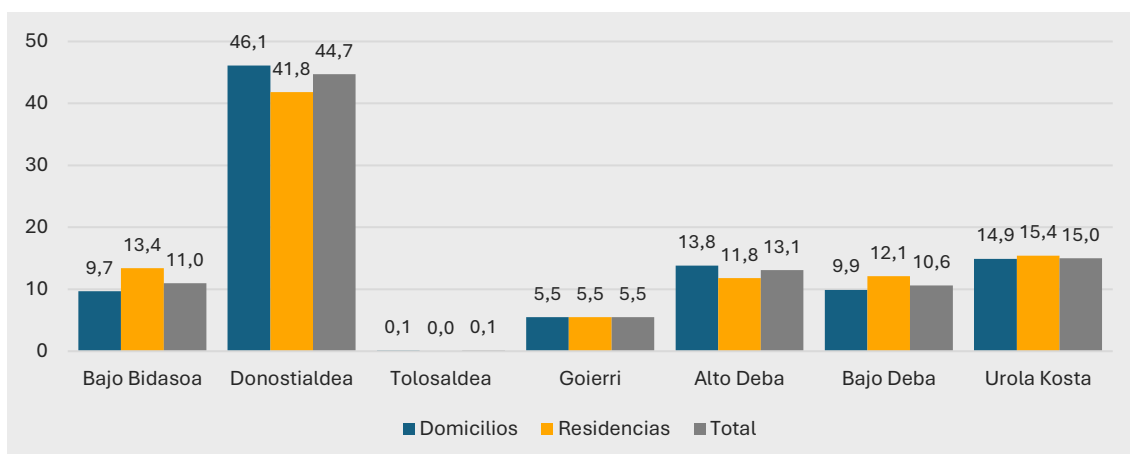
Tabla 3. Estadísticas descriptivas de la edad de las personas encuestadas

	Media	Desv. est.	Min.	Q1	Mediana	Q3	Max.	Casos
Domicilios	81,9	9,97	60	74	84	90	104	1.983
Residencias	83,9	9,09	60	78	85	91	105	1.042
Total	82,6	9,72	60	76	84	90	105	3.025

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

2.1.2. Comarca de residencia

La mayor concentración de personas encuestadas se observa en la comarca de Donostialdea, que agrupa 915 personas en domicilios y 436 en residencias. Le siguen Urola Kosta con 295 personas en domicilios y 160 en residencias. Otras comarcas como Tolosaldea o Goierri presentan cifras significativamente menores. Los datos del gráfico siguiente ponen también de manifiesto que las comarcas de Donostialdea y Bajo Bidasoa concentran al 55% de las personas encuestadas, tanto en domicilios como en residencias.

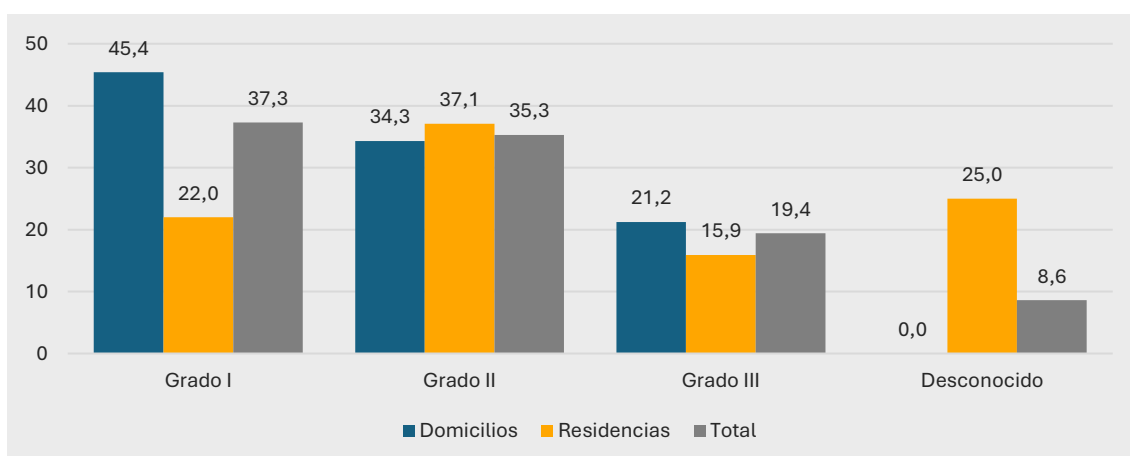
Gráfico 3. Distribución de las personas encuestadas por comarca de residencia en domicilios y residencias (%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

2.1.3. Grado de dependencia

Si se considera el conjunto de la muestra, el 37% de la muestra tiene un grado I de dependencia, el 35% un grado II y el 19% un grado III. Se desconoce el grado de dependencia del 8,6% de las personas encuestadas.

En el caso de los domicilios, el grupo mayoritario lo constituyen las personas con Grado I, mientras que en las residencias el grupo mayoritario lo constituyen las personas con Grado II, aunque destaca también en este grupo el elevado porcentaje de personas cuyo grado de dependencia se desconoce.

Gráfico 4. Distribución de las personas encuestadas por grado de dependencia en domicilios y residencias (%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

2.1.4. Uso de servicios de atención a la dependencia

Como se ha señalado, en torno a dos tercios de las personas encuestadas residen en sus domicilios –y reciben por tanto prestaciones económicas y/o servicios de apoyo en el domicilio o

la comunidad— y un tercio de ellas reside en residencias, y son por tanto usuarias del servicio de atención residencial.

En el caso de las personas que residen en sus domicilios, las personas pueden acceder a diversos servicios y prestaciones, de forma exclusiva o combinando varios servicios o prestaciones. También es posible tener una valoración de dependencia y no acceder a ningún servicio del catálogo del sistema de atención a la dependencia (SAAD). En la muestra analizada, compuesta por 1.983 personas, se identificaron 507 casos en los que no se emplea ninguno de estos servicios. Entre quienes sí acceden a apoyo, predominan las prestaciones económicas: el 34,2% recibe PEAP y el 31% PECE. Por el contrario, el CD es el servicio menos empleado con un 12,9% de los individuos. El SAD es recibido por un 18,9% de las personas encuestadas.

Si se analiza la combinación de servicios, se observa la siguiente distribución: el 25,6% no accede a ningún servicio, el 46,4% accede a prestaciones económicas en exclusiva (PECEF o PEAP) y el 8% a un servicio de atención directa en exclusiva (SAD o CD). Casi el 20% acceden a una combinación de prestaciones económicas y servicios de atención directa.

Tabla 4. Distribución de la muestra en domicilios por uso de servicios (%)

		%
Uso de servicios y prestaciones diferentes*	CD	12,9
	SAD	18,9
	PEAP	34,2
	PECEF	31,0
	Ninguno	25,6
Combinación de servicios y prestaciones	Ninguno	25,6
	PEAP	25,2
	PECEF	21,2
	SAD	6,1
	CD	1,9
	SAD+PECEF	4,7
	SAD+PEAP	4,4
	PEAP+CD	3,7
	PECEF+CD	3,6
	SAD+PECEF+CD	1,5
	SAD+PEAP+CD	1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

*Nota: la suma es superior a 100% porque pueden utilizarse un servicio o más.

2.2. Nivel de dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria

Como cabía esperar, las personas consultadas se enfrentan a diversas dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria. La tabla 5 muestra un resumen de las diferencias en la capacidad de las personas mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria, comparando a quienes viven en domicilios con aquellas que residen en centros especializados.

Resulta llamativo que, dentro de la muestra en domicilios se registren los niveles de dependencia más elevados. Por ejemplo, el 81,5 % de las personas en residencias afirma no tener dificultad para comer, frente al 56,6 % en domicilios. Este patrón se replica en la mayoría de las categorías analizadas en donde el porcentaje de personas que viven en residencias y que no tienen dificultades para realizar las actividades supera a las personas en domicilios. La única excepción a esta regla es la capacidad para poder bañarse en donde un 20,8 % de personas que viven en

domicilios sostienen poder realizar esta actividad sin dificultades frente a un 20,4 % en residencias.

Las diferencias entre ambos grupos se hacen notar si se observa la incapacidad de poder realizar las actividades. Así, el grupo de personas que viven en domicilios presentan los mayores porcentajes de individuos que no pueden realizar actividades como administrar dinero (62,1 %), salir de casa y tomar el transporte público (76,1 %), comer (12,1 %) y usar el teléfono (32,5 %). En comparación, las personas que viven en residencias presentan el mayor porcentaje de personas que no pueden realizar actividades como bañarse (48,5 %), andar (27,6 %), realizar su aseo personal (28,3 %), levantarse (29,7 %) y vestirse (38,8 %).

Una de las diferencias más marcadas se observa en la gestión del dinero. En domicilios, el 62,1 % de las personas mayores declara no poder realizar esta actividad, frente al 39,8 % en residencias. Esta brecha puede deberse, por un lado, a que en el entorno residencial estas tareas se deleguen con mayor frecuencia en cuidadores/as o en la propia organización del centro, y, por otro, a diferencias en el perfil de necesidades, en particular en el ámbito cognitivo.

En general, las personas en residencias reportan mayores porcentajes de independencia sin dificultad en actividades como comer, asearse o comunicarse por teléfono. Este resultado no se ajusta a la expectativa inicial de que el ingreso en centros residenciales suele producirse cuando las personas alcanzan altos niveles de dependencia y ya no pueden continuar viviendo de forma independiente en su domicilio. Una posible explicación es que esta diferencia refleje, al menos en parte, discrepancias en los criterios o procedimientos de muestreo entre las muestras residencial y comunitaria.

Tabla 5. Distribución de las personas encuestadas en domicilios y residencias en función de las dificultades para determinadas actividades básicas

		Domicilios	Residencias
Andar	No tengo dificultad	39,7	53,4
	Tengo alguna dificultad	43,1	19,0
	No lo puedo hacer	17,2	27,6
Aseo personal	No tengo dificultad	43,2	53,5
	Tengo alguna dificultad	33,9	18,4
	No lo puedo hacer	22,9	28,4
Vestirse	No tengo dificultad	22,9	31,8
	Tengo alguna dificultad	40,9	29,5
	No lo puedo hacer	36,2	38,9
Bañarse	No tengo dificultad	20,8	20,4
	Tengo alguna dificultad	31,1	31,2
	No lo puedo hacer	48,1	48,5
Comer	No tengo dificultad	56,6	81,5
	Tengo alguna dificultad	31,3	13,5
	No lo puedo hacer	12,1	5,0
Levantarse	No tengo dificultad	37,6	46,1
	Tengo alguna dificultad	38,1	24,1
	No lo puedo hacer	24,4	29,7
Usar el teléfono	No tengo dificultad	46,8	62,5
	Tengo alguna dificultad	20,7	19,0
	No lo puedo hacer	32,5	17,2
Administrar dinero	No tengo dificultad	22,9	34,6
	Tengo alguna dificultad	15,0	25,7
	No lo puedo hacer	62,1	39,8
Salir de casa y tomar el transporte público	No tengo dificultad	10,4	18,9
	Tengo alguna dificultad	13,5	18,5
	No lo puedo hacer	76,1	62,6

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Las encuestas también incluyen un conjunto de preguntas dirigidas exclusivamente a personas que viven en sus domicilios. Estas se centran en dimensiones relacionadas con la capacidad individual para realizar tareas como hacer compras, hacer la colada, preparar una comida caliente, tomar medicación y realizar trabajos en la casa o el jardín. Dado que estas actividades no fueron consultadas a personas en residencias, los resultados solo permiten un análisis dentro del grupo de personas que habitan en domicilios.

Los datos que se obtienen de esas preguntas indican que **una proporción considerable de personas en domicilios no puede llevar a cabo varias de estas tareas**: el 70,7 % no puede cocinar alimentos, el 68,9 % no puede hacer la colada, el 62,2 % no puede preparar una comida caliente y el 71,5 % no puede trabajar en casa o jardín. La única excepción es la toma de medicación, donde solo el 37,9 % señala no poder realizarla, lo que indica un mayor grado de autonomía en este aspecto específico.

Tabla 6. Distribución de las personas encuestadas en domicilios en función de las dificultades para determinadas actividades básicas (%)

		%
Comprar alimentos	No tengo dificultad	10,6
	Tengo alguna dificultad	18,8
	No lo puedo hacer	70,7
Hacer la colada	No tengo dificultad	15,0
	Tengo alguna dificultad	16,1
	No lo puedo hacer	68,9
Preparar una comida caliente	No tengo dificultad	19,0
	Tengo alguna dificultad	18,8
	No lo puedo hacer	62,2
Tomar medicación	No tengo dificultad	25,3
	Tengo alguna dificultad	36,8
	No lo puedo hacer	37,9
Trabajar en casa o en el jardín	No tengo dificultad	21,7
	Tengo alguna dificultad	6,9
	No lo puedo hacer	71,5

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Estos resultados ponen de manifiesto **limitaciones importantes en la capacidad funcional de las personas que viven en sus domicilios**, especialmente en actividades básicas de la vida diaria. La alta prevalencia de dificultades en tareas domésticas sugiere una necesidad significativa de apoyo, ya sea formal o informal, para garantizar condiciones adecuadas de vida. Además, las diferencias observadas entre tareas refuerzan la idea de que la autonomía no es homogénea, sino que varía según el tipo de actividad.

2.3. Salud, discapacidad, memoria y bienestar mental

La autoevaluación del estado de salud de las personas encuestadas se ha realizado de manera distinta entre las personas que viven en residencias y aquellas que se encuentran en domicilios. En cuanto a la percepción general del estado de salud, esta pregunta solo ha sido dirigida a personas que se encuentran en sus domicilios. De estas, **un gran porcentaje, 43,5%, considera que su estado de salud es regular**. A pesar de esto, existen más personas que consideran que su estado de salud es positivo que negativo.

Los resultados demuestran una significativa disparidad entre la percepción de las personas en domicilios y las que se encuentran en residencias en lo que se refiere a su memoria. En domicilios, solo **un 36,0% considera que su memoria es buena** en contraste con un 33,2% con mala memoria. En cambio, en residencias el 73,1% de los y las residentes afirman tener buena memoria, mientras que solo un 5,2% sostiene que su memoria es mala.

Con respecto a si las personas encuestadas se sienten ansiosas o deprimidas, los resultados presentan una mayor homogeneidad entre quienes viven en domicilios con respecto a las residencias. Un 52,7% de las personas que viven en domicilios sostienen que no están ni ansiosas ni deprimidas, frente a un 61,6% de las personas en residencias. Asimismo, el número de personas que se encuentran extremadamente ansiosas o deprimidas es marginal, en domicilios representa solo el 1,2% y en residencias el 0,7%.

Finalmente, por lo que respecta al **grado de discapacidad reconocido** a las personas que residen en sus domicilios, poco más de la mitad de las personas encuestadas disponen de información con relación a este indicador. Las personas con valoración tienen, de media, un 62,9% de discapacidad (desviación estándar 18,2%), lo que indica un nivel de discapacidad relativamente alto en promedio. Estos datos sugieren que la mayoría de las personas evaluadas presenta **discapacidades de tipo moderado a severo**.

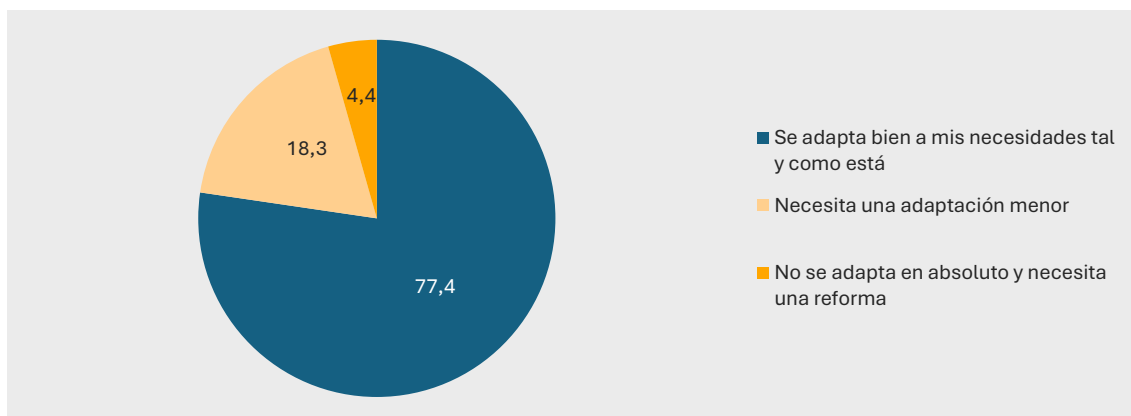
Tabla 7. Estado de salud autopercebida, percepción de la memoria y percepción de la ansiedad y la depresión de las personas encuestadas en centros y residencias

		Domicilios	Residencias	Total
Percepción general del estado de salud	Muy buena	3,3	–	–
	Buena	30,7	–	–
	Regular	43,5	–	–
	Mala	18,0	–	–
	Muy mala	4,5	–	–
Percepción de la memoria	Buena	36,0	73,1	48,7
	Regular	30,9	21,7	27,7
	Mala	33,2	5,2	23,6
Percepción de la ansiedad y la depresión	No estoy ansioso/a ni deprimido/a	52,7	61,1	55,6
	Levemente ansioso/a o deprimido/a	23,3	22,8	23,1
	Moderadamente ansioso/a o deprimido/a	16,6	11,3	14,8
	Muy ansioso/a o deprimido/a	6,3	3,4	5,3
	Extremadamente ansioso/a o deprimido/a	1,2	0,7	1,0
Indicador de discapacidad valorado (0 a 100)		62,9	–	–

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

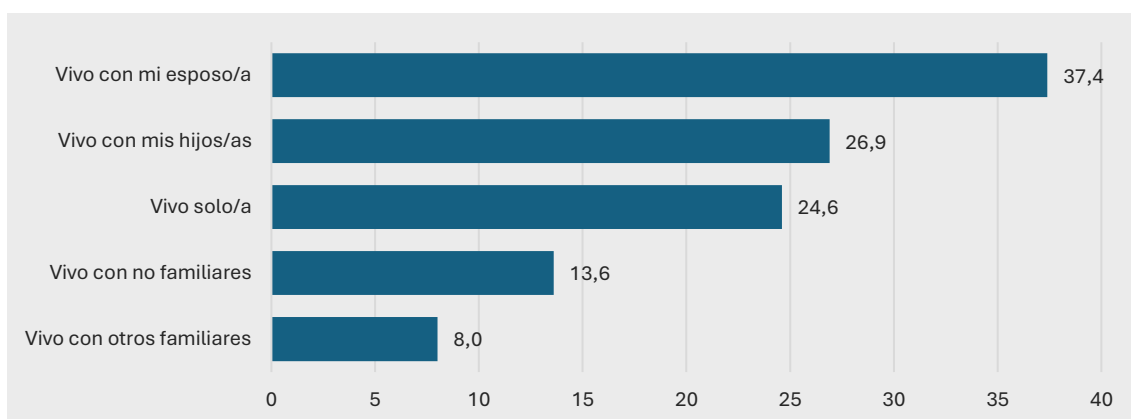
2.4. Adecuación de la vivienda, formas de convivencia y dificultades para llegar a fin de mes

Las personas que residen en sus propios domicilios fueron consultadas sobre si su vivienda está bien diseñada y equipada para facilitar su vida cotidiana. Los resultados de la encuesta revelan que la mayoría, **un 77,4%, considera que su hogar se adapta bien a sus necesidades y no requiere mayores adaptaciones**. Un 18,3% señala que necesita adaptaciones menores para mejorar su funcionalidad, mientras que un 4,4% indica que su vivienda no se adapta en absoluto y requiere reformas importantes.

Gráfico 5. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de la adecuación del domicilio para la vida cotidiana (%)

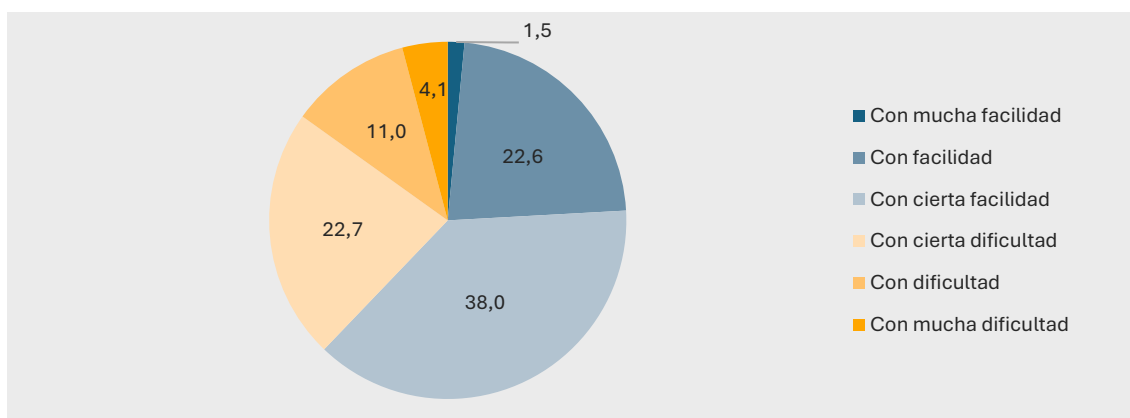
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Al ser consultadas sobre las personas con quienes conviven, **un 24,6% de las personas encuestadas indicó que vive sola**. La mayoría de quienes conviven con alguien lo hace con su cónyuge (37,4%), o con sus hijos/as (26,9%). La convivencia con otros familiares es la opción menos frecuente, alcanzando solo un 8% del total. Por otro lado, es llamativo que casi el 14% de las personas encuestadas vive con personas no familiares, que podrían ser, en muchos casos, cuidadoras internas.

Gráfico 6. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de las dinámicas de convivencia (%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

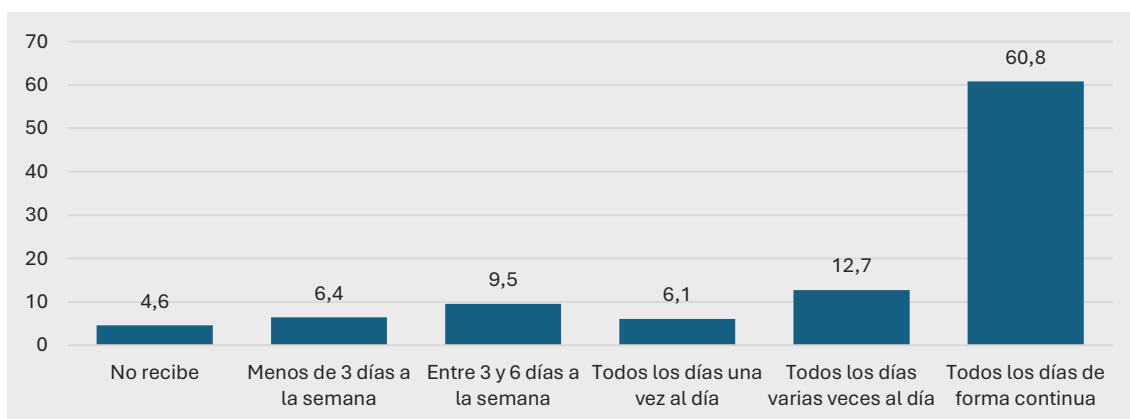
En cuanto a la capacidad de las personas para llegar a fin de mes, **los resultados indican que la mayoría lo logra con cierta facilidad (38,0%)**, con facilidad (22,6%) y, en casos menos frecuentes, con mucha facilidad (1,5%). Estos datos reflejan un nivel de estabilidad económica que permite a muchas personas mantener una vida cotidiana con relativa comodidad.

Gráfico 7. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de las dinámicas para llegar a fin de mes (%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

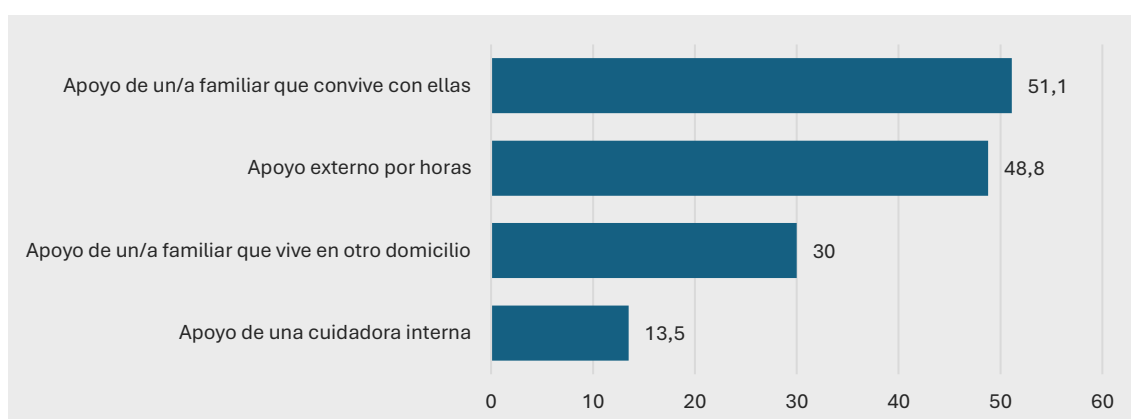
2.5. Ayuda recibida en los domicilios y en las residencias

Las encuestas realizadas a personas en **domicilios** proporcionan información sobre la ayuda que reciben, su frecuencia y quién se la presta. En términos generales, el 95,4% de las personas en domicilios reciben algún tipo de ayuda y la mayoría de esta ayuda (63,8%) se realiza de manera diaria y continua. Solo un porcentaje menor sostiene que no recibe ningún tipo de ayuda en su domicilio (4,6%).

Gráfico 8. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de la frecuencia de la ayuda recibida (%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Los datos respecto a la fuente de la que proviene esta ayuda indican que 1.014 personas (51,1%) cuentan con el apoyo de un/a familiar que convive con ellas, 595 (30%) de un/a familiar que vive en otro domicilio, 267 personas (13,5%) cuentan con el apoyo de una cuidadora interna y 967 (48,8%) cuentan además con apoyo externo por horas.

Gráfico 9. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de la fuente de la ayuda recibida (%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa. Nota: el total suma más de 100% porque una persona puede recibir ayuda de más de una fuente.

La tabla anterior recoge diversas formas de apoyo, que pueden combinarse entre sí. Si las personas encuestadas se dividen en las que reciben ayuda de una sola fuente (familiar que convive con ellas, familiar que convive en otro domicilio, apoyo externo por horas y apoyo de una cuidadora interna) y las que combinan más de una fuente de ayuda, se observa que algo más de cuatro de cada diez personas en domicilios (42,3%) disponen de varias fuentes de apoyo. Entre quienes cuentan con una única fuente de apoyo, lo más habitual es que proceda de un/a familiar que convive con la persona (23,9%) o de un/a profesional contratada por horas (16,9%). El 7% indica que dispone del apoyo de una cuidadora interna únicamente, lo que representa algo más de la mitad de las que cuentan con este tipo de apoyo.

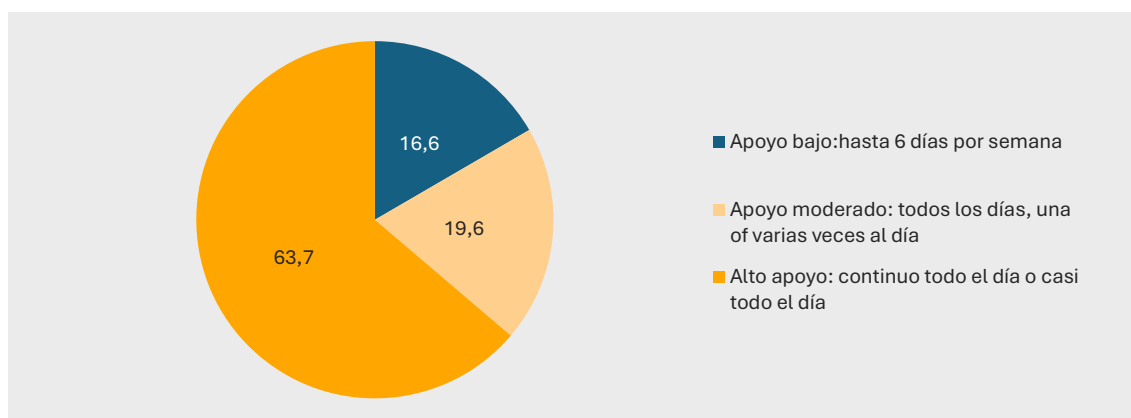
Tabla 8. Distribución de las personas encuestadas en domicilio en función de la fuente principal de la ayuda recibida (%)

	Nº de personas	%
No tiene	92	4,6
Apoyo de un/a familiar que convive con ellas (sólo)	473	23,9
Apoyo de un/a familiar que vive en otro domicilio (sólo)	105	5,3
Apoyo externo por horas (sólo)	335	16,9
Apoyo de cuidadora interna (sólo)	139	7,0
Apoyos combinados	838	42,3
Ns/Nc	1	0,1
Total	1.983	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

La variable de frecuencia de ayuda se ha recodificado en tres categorías que reflejan distintos grados de apoyo: bajo apoyo (hasta seis días por semana), apoyo moderado (todos los días, una o varias veces) y alto apoyo (apoyo continuo durante todo o casi todo el día)⁵. Esta clasificación permite captar diferencias sustantivas en la regularidad y constancia del apoyo recibido. Como se observa en el gráfico, casi dos tercios de las personas encuestadas señalan recibir un nivel alto de apoyo.

⁵ Es importante señalar, en cualquier caso, que la frecuencia de ayuda recibida no recoge un número objetivo de horas, sino la descripción que las personas encuestadas hacen respecto a la frecuencia de la ayuda que reciben.

Gráfico 10. Distribución de las personas con apoyo en domicilio, en función del nivel de apoyo recibido (%)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Al preguntar sobre el apoyo brindado por parte de familiares y amigos a las personas que viven en **residencias**, la encuesta recoge información vinculada a la frecuencia con que los primeros realizan visitas mensuales a los centros y el tipo de ayuda brindada. En conjunto, los familiares o amigos de la persona que vive en residencias realizan en promedio 15,04 visitas al mes –una cada dos días– y la mediana se encuentra en 12 visitas. Además, los datos de la encuesta señalan que el 34,7% de las personas encuestadas recibe ayuda por parte de un/a familiar o amigo/a para arreglarse y cuidar de su aspecto, el 30,9% para ir al baño y cuidar de su higiene íntima, el 12,8% para comer, el 32,8% para ayudarlo a comunicarse, el 83,9% para hacer gestiones fuera del centro y el 67,4% para salir de paseo.

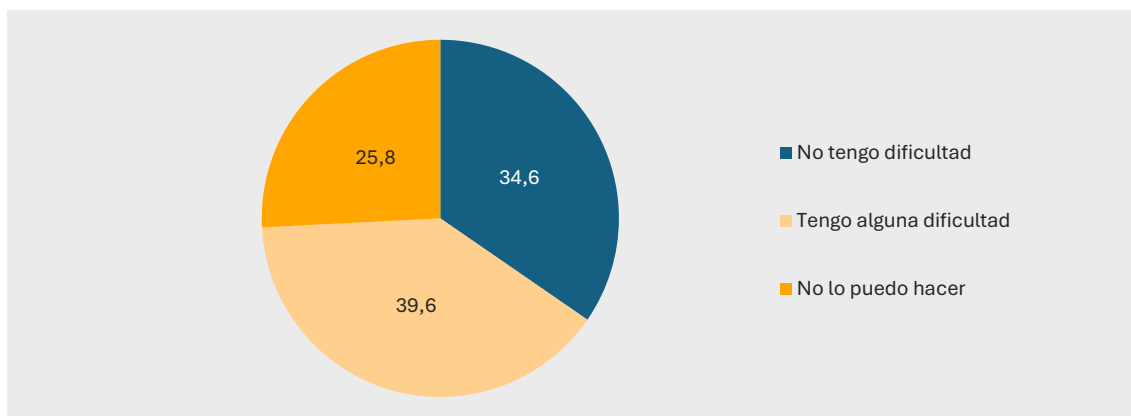
Tabla 9. Distribución de las personas encuestadas en residencias en función de la ayuda recibida para la realización de determinadas actividades (%)

		%
Recibe ayuda para arreglarse y cuidar su aspecto	Sí	34,7
	No	65,3
Recibe ayuda para ir al baño o cuidar su higiene íntima	Sí	30,9
	No	69,1
Recibe ayuda para comer	Sí	12,8
	No	87,2
Recibe ayuda para entenderse o comunicarse	Sí	32,8
	No	67,2
Recibe ayuda para hacer gestiones y compras fuera del centro	Sí	83,9
	No	16,1
Recibe ayuda para salir de paseo	Sí	67,4
	No	32,6

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Al igual que las encuestas realizadas a personas en domicilios, las encuestas realizadas a personas en residencias también cuentan con preguntas exclusivas para este grupo. En este caso solo se consultó sobre la capacidad para realizar ejercicio físico de esfuerzo moderado. Un 34,6% de las personas manifiesta que tiene dificultades en realizar dicha actividad, un 39,6% tiene alguna dificultad y un 25,8% no puede llevarla a cabo.

Gráfico 11. Distribución de las personas encuestadas en residencias en función de la dificultad para realizar ejercicio de esfuerzo moderado (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

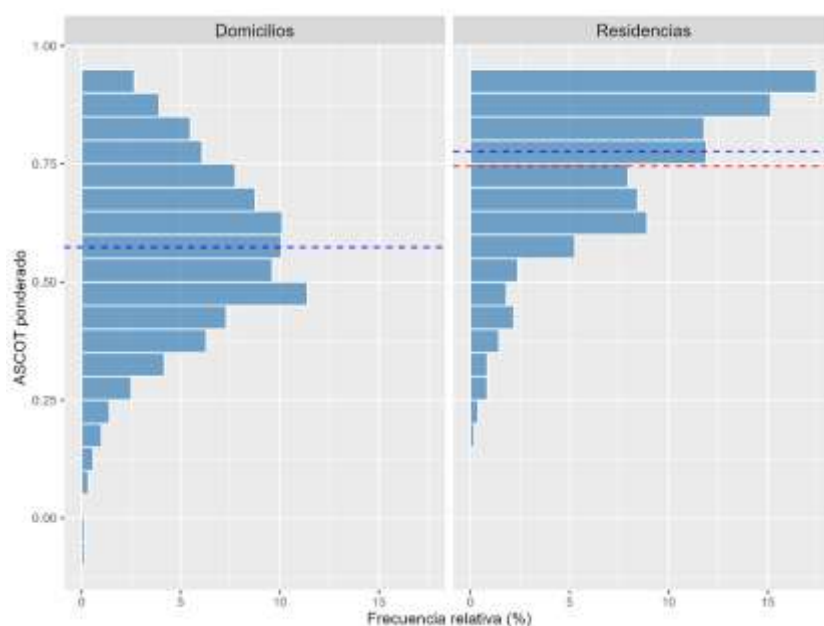
2.6. Valoración de la calidad de vida

2.6.1. Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (ASCOT ponderado)

Como se ha explicado en el apartado metodológico, la evaluación de la calidad de vida de las personas, tanto en domicilios como en residencias, se basa en preguntas relacionadas con ocho dimensiones clave. Estas dimensiones abordan aspectos personales, como la capacidad de la persona para comer y beber lo que desea, así como condiciones del entorno, por ejemplo, si el lugar donde vive está limpio. La escala también incluye elementos más subjetivos como el nivel de seguridad percibido, la experiencia frente a la ayuda recibida y el uso del tiempo.

Los resultados obtenidos en estas dimensiones fueron ponderados en función de preferencias sociales obtenidas a partir de estudios poblacionales, para obtener el **Índice ponderado de Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC)**. Los valores de este índice oscilan entre 1, que indica un nivel de calidad de vida óptimo y -0,105, que refleja la peor situación en todas las dimensiones (Rodríguez-Mínguez y Casal-Rodríguez, 2024).

Como se observa en el gráfico siguiente, las personas en residencias presentan un CVRC medio de 0,75 (0,74 en mujeres y 0,75 en hombres), con una desviación estándar de 0,16. Las personas que viven en domicilios presentan un valor medio sensiblemente menor, de 0,57 (0,572 en hombres y 0,575 en mujeres). En todo caso, es importante señalar que, **debido a diferencias en el procedimiento de recogida de información en domicilios y residencias, los respectivos índices de CVRC deben ser considerados por separado**, tal y como sugiere la muy diferenciada distribución de valores que se obtiene en los dos grupos (gráfico 12 y tabla 10).

Gráfico 12. ASCOT ponderado para personas en domicilios y residencias

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa. *Nota: la línea roja representa la media y la azul la mediana de la muestra.

Tabla 10. Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC) para personas en domicilios y residencias

	Media	Desv. est.	Q1	Mediana	Q3	Casos
Domicilios	0,574	0,179	0,458	0,573	0,705	1.983
Residencias	0,745	0,158	0,649	0,776	0,877	1.013
Total	0,632	0,190	0,494	0,639	0,784	2.996

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

La tabla 11 recoge el índice ponderado de CVRC en función de una serie de variables sociodemográficas, como el sexo, la edad, la dificultad para realizar actividades de la vida diaria o la percepción de padecer ansiedad y/o depresión, tanto para las personas encuestadas en residencias como para las personas en domicilios. En el caso de los domicilios, también se recoge el CVRC en función de la dificultad para llegar a fin de mes y la intensidad del apoyo recibido en el domicilio.

Los datos de la tabla ponen de manifiesto un claro gradiente en CVRC por nivel de dificultad para las actividades de la vida diaria, tanto en domicilios como en residencias. Entre las primeras, las personas con una dificultad leve (menos de 3 actividades afectadas) tienen una CVRC media de 0,741, reduciéndose a 0,662 entre quienes tienen dificultades moderadas, y a 0,534 entre quienes tienen dificultades severas. Entre las personas en residencias, las que tienen un grado leve de dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria tienen una CVRC media de 0,804, que baja a 0,785 entre quienes tienen dificultades moderadas y a 0,713 entre quienes tienen dificultades severas. No se aprecia un gradiente tan claro por grupos de edad, relacionado probablemente con el hecho de que, independientemente de la edad, se trata de población con dependencia reconocida.

La percepción sobre la presencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión tiene un impacto muy notable en la CVRC, tanto para personas en domicilios como en residencias. En el caso de las personas en domicilios, el índice medio se sitúa en 0,618 para las que no presentan este tipo de sintomatología, mientras que, de media, se reduce a 0,542 para las que presentan síntomas leves o moderados y hasta 0,430 para quienes tienen síntomas graves de ansiedad o depresión. Entre las personas en residencias se observa asimismo un descenso muy marcado de la CVRC con la presencia de síntomas de malestar emocional: el CVRC medio se sitúa en

0,774 para las personas sin síntomas de ansiedad o depresión; se reduce a 0,713 para quienes presentan síntomas leves o moderados y hasta 0,58 entre quienes indican presentar sintomatología grave.

Tabla 11. Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC) en domicilios y residencias, en función de diversas variables sociodemográficas.

		Domicilios (n=1.983) Media (D.E.)	Residencias (n=1.013) Media (D.E.)
Sexo	Mujer	0,572 (0,172)	0,744 (0,158)
	Hombre	0,575 (0,183)	0,746 (0,157)
Edad	60 a 74 años	0,589 (0,192)	0,738 (0,162)
	75 a 89 años	0,563 (0,175)	0,750 (0,158)
	90 y más años	0,579 (0,173)	0,741 (0,156)
Dificultad para AVD*	Leve	0,741 (0,157)	0,804 (0,128)
	Moderada	0,662 (0,162)	0,785 (0,142)
	Severa	0,534 (0,166)	0,713 (0,165)
Percepción de la ansiedad y la depresión	No estoy ansioso/a ni deprimido/a	0,618 (0,170)	0,774 (0,135)
	Leve o moderadamente ansioso/a o deprimido/a	0,542 (0,169)	0,713 (0,170)
	Muy o extremadamente ansioso/a o deprimido/a	0,430 (0,185)	0,580 (0,199)
Dificultad para llegar a fin de mes	Con mucha dificultad	0,500 (0,227)	–
	Con dificultad	0,547 (0,173)	–
	Con cierta dificultad	0,545 (0,171)	–
	Con cierta facilidad	0,589 (0,177)	–
	Con facilidad	0,599 (0,174)	–
	Con mucha facilidad	0,653 (0,197)	–
Niveles de apoyo	No tiene apoyo	0,612 (0,243)	–
	Bajo apoyo: hasta 6 días por semana	0,610 (0,193)	–
	Apoyo moderado: todos los días, una o varias veces	0,577 (0,180)	–
	Alto apoyo: continuo todo el día o casi todo el día	0,561 (0,168)	–
Total		0,567 (0,168)	0,745

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

La comparación de la CVRC media en función de la dificultad para llegar a fin de mes sugiere también peor situación entre quienes atraviesan dificultades económicas: el índice de CVRC medio es de 0,5 puntos para las personas que llegan a fin de mes con mucha dificultad y 0,547 para quienes lo hacen con dificultad, frente a 0,599 y 0,653, respectivamente, entre quienes afirman no tener dificultades para llegar a fin de mes.

Finalmente, la CVRC media por niveles de ayuda, que se reduce con la intensidad de la ayuda recibida, refleja probablemente el mayor grado de dependencia y dificultades para la vida diaria entre quienes reciben un apoyo intenso. El hecho de que la calidad de vida sea menor entre las personas que reciben ayuda con más frecuencia indica que sus necesidades son mayores, no que la frecuencia de la atención reduzca la calidad de vida. Más adelante analizamos el efecto de la frecuencia de la atención sobre la calidad de vida, controlando por otros factores de riesgo.

En resumen, puede decirse que el índice de calidad de vida que se deriva de ASCOT se comporta como cabría esperar cuando se relaciona con necesidades y circunstancias que, de manera consistente, afectan al bienestar en la vida diaria. Estos datos apuntan, por una parte, a la propia validez de la escala, aplicada en el contexto guipuzcoano. Apunta también a la importancia de

estos factores a la hora de explicar e incluso predecir los niveles esperables de calidad de vida, tanto en residencias como en domicilios.

Así, tal y como muestran los modelos desarrollados en los apartados 3 y 4 del informe, en domicilios, cuando se controla por un conjunto amplio de variables, la dependencia aparece asociada a una menor calidad de vida: en otras palabras, y como por otra parte cabría esperar, a mayor dependencia, menor calidad de vida, con un efecto negativo claro y estadísticamente significativo. Este patrón es coherente con el marco conceptual del informe: las limitaciones funcionales incrementan la dificultad para mantener rutinas y roles cotidianos, y por tanto tienden a reducir resultados en los dominios que mide ASCOT.

Además, ASCOT también varía de forma sistemática con factores de salud física y mental. En domicilios, el estado de salud muestra un gradiente: las categorías de peor salud se asocian con menores niveles de calidad de vida, con reducciones estadísticamente significativas en los niveles con mayor deterioro percibido de la salud. De forma aún más marcada, la presencia de ansiedad o depresión se asocia con descensos relevantes en el índice, y el efecto se intensifica a medida que aumenta la severidad declarada (desde niveles leves hasta extremos). En residencias, es también uno de los factores personales que más negativamente influye en la calidad de vida. Esto es especialmente relevante para la interpretación de ASCOT como medida centrada en la persona: no solo refleja limitaciones “físicas”, también capta bien dimensiones de bienestar emocional y seguridad subjetiva, que son fundamentales para la experiencia de cuidados.

También se observa el comportamiento esperado en relación con el deterioro cognitivo, aproximado mediante la percepción del estado de la memoria. En los modelos utilizados para analizar los datos de las personas en domicilios, todas las categorías que indican deterioro de la memoria muestran reducciones estadísticamente significativas respecto a la categoría de referencia. En residencias, la relación también es clara: quienes declaran dificultades de memoria presentan una CVRC significativamente más baja, incluso controlando por otros factores individuales y del centro. En conjunto, este resultado refuerza que ASCOT está respondiendo a un determinante crucial del bienestar: la capacidad de desenvolverse y mantener el control y la participación, con los apoyos adecuados.

2.6.2. Dimensiones de la calidad de vida

Un análisis más detallado de cada una de las dimensiones de ASCOT permite identificar, tanto para las personas en residencias como para las personas en domicilios, en qué ámbitos de la vida se registra una situación más satisfactoria, así como qué diferencias existen entre ambos grupos.

Tabla 12. Distribución de las personas encuestadas en domicilios y residencias en función de su valoración de las diversas dimensiones relacionadas con su calidad de vida

		Domicilios	Residencias	Total
Control sobre su vida	Controlo totalmente mi vida diaria y tomo todas las decisiones que quiero	16,3	33,4	22,2
	Tengo suficiente control sobre mi vida diaria y sobre mis decisiones	16,6	34,7	22,8
	Tengo algún control sobre mi vida diaria y puedo tomar algunas decisiones, pero no tanto como me gustaría	37,5	24,3	33,0
	No tengo ningún control sobre mi vida diaria, ni tengo posibilidad de tomar decisiones	29,6	7,5	22,0
Aseo personal	Me siento limpio/a y soy capaz de tener la presencia que me gusta	38,7	72,4	50,3
	Me siento suficientemente limpio/a y con buena presencia	55,0	24,8	44,6
	No me siento lo suficientemente limpio/a y presentable	4,6	2,5	3,9
	No me siento lo suficientemente limpio/a o presentable	1,7	0,3	1,2

		Domicilios	Residencias	Total
Comida y bebida	Como y bebo lo que quiero y cuando quiero	12,4	16,8	13,9
	Como y bebo de manera adecuada y suficiente en los momentos apropiados	75,1	65,3	71,7
	No siempre como y bebo de manera adecuada y suficiente, o a su debido tiempo	9,3	15,5	11,5
	No siempre como y bebo de manera adecuada y suficiente, y creo que esto supone un riesgo para mi salud	3,2	2,2	2,8
Sensación de seguridad	Me siento todo lo seguro/a que quiero	22,3	65,7	37,2
	En general, me siento seguro/a, pero no tanto como me gustaría	30,7	27,2	29,5
	No me siento lo suficientemente seguro/a	31,4	5,7	22,6
	No me siento para nada seguro/a	15,6	1,1	10,6
Contacto social	Tengo todo el contacto social que quiero con gente que me agrada	23,0	43,6	30,1
	Tengo suficiente contacto social con gente	41,4	38,0	40,2
	Tengo algo de contacto social con gente, pero no el suficiente	28,5	14,3	23,6
	Tengo poco contacto social con gente y me siento solo/a	7,1	3,9	6,0
Ocupación del tiempo libre	Dedico mi tiempo a lo que quiero, y hago cosas que valoro o con las que disfruto	13,6	40,7	22,9
	Dedico mi tiempo a hacer bastantes de las cosas que valoro o con las que disfruto	25,6	34,5	28,7
	Dedico mi tiempo a hacer algunas de las cosas que valoro o con las que disfruto, pero no las suficientes	39,9	18,1	32,4
	No dedico tiempo a hacer nada que valore o disfrute	20,9	6,3	15,9
Limpieza del centro / hogar	Mi centro / hogar está todo lo limpio y cómodo que quiero	50,5	67,6	56,4
	Mi centro / hogar está lo suficientemente limpio y cómodo.	45,8	28,3	39,8
	Mi centro / hogar no está muy limpio o no es lo suficientemente cómodo	3,2	3,9	3,4
	Mi centro / hogar no está, en absoluto, ni limpio ni cómodo	0,5	0,0	0,3
Actitud ante la ayuda	Recibir ayuda mejora mis sentimientos	55,3	59,5	56,7
	Recibir ayuda no afecta a mis sentimientos	24,4	27,1	25,3
	En ocasiones, recibir ayuda perjudica mis sentimientos	17,3	10,0	14,8
	Recibir ayuda siempre perjudica mis sentimientos	3,0	1,7	2,6
Dignidad	La manera en que me ayudan y me tratan hace que me sienta más respetado/a y valorado/a	71,3	75,0	72,5
	La manera en que me ayudan y me tratan no afecta a como me siento	19,7	15,5	18,3
	En ocasiones, la manera en que me ayudan y me tratan hace que no me sienta respetado/a ni valorado/a	8,3	8,6	8,4
	La manera en que me ayudan y me tratan hace que nunca me sienta respetado/a ni valorado/a	0,8	0,5	0,7

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Los datos de la tabla 12 ponen de manifiesto que, **en el caso de los domicilios, las tres dimensiones mejor valoradas son el aseo personal, la limpieza del hogar y la dignidad**. Las tres dimensiones peor valoradas son el control de la propia vida, la ocupación del tiempo libre y la sensación de seguridad. En el caso de las **residencias, las que obtienen valoraciones más altas son el aseo personal, la limpieza del centro y la sensación de seguridad**. Las que obtienen menos valoraciones positivas son el **contacto social, la ocupación del tiempo y el control sobre la propia vida**.

Desde una perspectiva comparativa, **las personas mayores que viven en residencias presentan un mayor porcentaje de casos con resultados positivos en aspectos clave de la vida diaria**: un 16,8% declara comer y beber lo que desea (frente al 12,4% en domicilios), un 43,7% reporta mantener un contacto social frecuente (frente al 23,0%), y un 33,4% manifiesta

tener control sobre su vida diaria (comparado con el 16,3% en domicilios). No obstante, también se observan ciertas desventajas en las personas que viven en residencias, aunque estas son limitadas. Por ejemplo, el porcentaje de personas que no siempre comen y beben de forma adecuada es mayor en residencias (15,6%) que en domicilios (9,3%).

En cuanto a la limpieza del lugar donde viven, el 67,8 % de las personas en residencias considera que su centro está todo lo limpio que desean, frente al 50,5% en domicilios. Cabe destacar que solo en el entorno domiciliario se registran casos de personas que consideran que su hogar no está, en absoluto, ni limpio ni cómodo. Estas diferencias se extienden al cuidado personal. En las residencias, el 72,4% de las personas encuestadas declaran sentirse limpias y presentables, en comparación con el 38,7 % en domicilios. A su vez, el porcentaje de quienes no se sienten ni limpios ni presentables es mayor en domicilios (1,7%) que en residencias (0,3%). Otra diferencia muy marcada entre personas que viven en domicilios y aquellas en residencias se observa en la percepción de seguridad. Solo el 22,3% de quienes viven en domicilios se sienten seguros, frente al 65,9% de quienes residen en centros. El uso del tiempo también refleja una diferencia significativa, con una mejor situación en el caso de las personas que residen en residencias. Mientras que el 40,9% de las personas en residencias afirma dedicar su tiempo a actividades que desean, solo un 13,6 % de quienes viven en domicilios declara lo mismo.

Por el contrario, la **dimensión vinculada a la dignidad en el cuidado muestra resultados similares entre personas que viven en domicilios y en residencias**. Un 71,3% de las personas en domicilios siente que la manera en que se les ayuda les hace sentir respetadas, frente al 75,3% en residencias. Lo mismo ocurre con la dimensión relacionada con la actitud ante la ayuda recibida: un 55,3% de las personas en domicilios siente que recibir ayuda mejora su estado de ánimo, frente a un 60,5 % en residencias.

3. El impacto de las ayudas sobre la calidad de vida de las personas que residen en domicilios

3.1. Estrategia de análisis

A partir de los datos descriptivos descritos en el apartado anterior, la **pregunta clave** a la que se quiere dar respuesta en este apartado se refiere a la relación que existe entre los apoyos recibidos por parte de las personas que residen en sus domicilios y la calidad de vida percibida, una vez se tienen en cuenta las necesidades individuales de las personas atendidas.

Más concretamente, en este apartado se analiza si el hecho de recibir unos servicios o prestaciones u otros tiene un efecto distinto en la calidad de vida de las personas encuestadas cuando se tienen en cuenta dos factores: por una parte, las características individuales y el nivel de necesidad (edad, sexo, limitaciones funcionales, grado de dependencia, situación económica, formas de convivencia familiar, etc.); por otra, el hecho de que la asignación de los diferentes servicios y prestaciones está vinculada a algunas de esas características individuales y, por tanto, a la calidad de vida esperable⁶.

Teniendo en cuenta esos elementos, el análisis se articula en función de los siguientes pasos o fases:

En primer lugar, exploramos la relación entre las características de las personas y el tipo de servicio o prestación recibido (SAD, PEAP, PECEF o Centro de día). Se analizan la probabilidad de recibir cada prestación y los factores que se asocian con la intensidad de la ayuda o prestación recibida. Este análisis nos ayuda a interpretar el efecto de cada servicio o prestación sobre la calidad de vida, dado que la asignación de estos servicios y prestaciones está relacionada con las características y necesidades de las personas que las reciben. Estas relaciones reflejan a la vez las preferencias de las personas usuarias sobre diferentes tipos de ayuda y las normas que regulan la elegibilidad y compatibilidad entre servicios. Comprender la relación entre las características de las personas usuarias y el apoyo que reciben es por tanto útil para orientar posibles cambios en la focalización de los apoyos y en la coordinación del sistema de cuidados.

- En segundo lugar, se establece la manera en que los diferentes **servicios o prestaciones que se reciben afectan la frecuencia de la ayuda (formal e informal)**

⁶ En otras palabras, si el grado de dependencia se asocia a una menor calidad de vida y el acceso a una prestación determinada se asocia a un mayor grado de dependencia, lo esperable es que las personas que reciben esa prestación tengan una menor calidad de vida, no debido a la percepción de esa prestación, sino a la mayor probabilidad de tener un nivel alto de dependencia. El reto del análisis, por tanto, estriba en eliminar estos factores de confusión y, teniendo en cuenta estos elementos, identificar la relación específica que existe entre los apoyos recibidos y la calidad de vida percibida

que recibe la persona en el domicilio, controlando por su nivel de necesidad y otras características (en particular su entorno familiar).

- En tercer lugar, se analiza el **impacto específico de los diferentes servicios y prestaciones sobre la calidad de vida** de las personas usuarias, teniendo en cuenta la frecuencia de la ayuda recibida y las características individuales de las personas encuestadas en lo que se refiere a su grado de dependencia, estado de salud o sus limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria. También se analizan en este apartado las **diferencias que se observan en cuanto a calidad de vida** entre las personas que reciben apoyos formales (servicios y prestaciones) y las que no las reciben.

Este análisis estructural del efecto de las ayudas sobre la calidad de vida nos permite comprender con mayor detalle los procesos asociados a la mejora de la CVRC y comparar con mayor solidez el impacto de distintos apoyos. En particular, facilita el contraste entre servicios y prestaciones monetarias que, a priori, pueden influir de manera diferente en la frecuencia de la ayuda recibida que, junto con su calidad, constituye uno de los principales determinantes de la CVRC.

La estructura de este capítulo se articula en función de estos tres pasos o fases.

3.2. Factores relacionados con el uso de los diferentes servicios y prestaciones

Este apartado presenta los resultados de modelos que exploran los factores asociados con el uso de los diferentes servicios y prestaciones analizadas. Al realizar este análisis debe tenerse en cuenta, en cualquier caso, que cada uno de los servicios y prestaciones a los que las personas con dependencia que residen en su domicilio pueden acceder en Gipuzkoa tienen una serie de condiciones de acceso, derivadas de la normativa municipal, foral, autonómica y estatal. En algunos casos se trata de requisitos comunes (empadronamiento, residencia, valoración de dependencia...), mientras que en otros casos se trata de condiciones específicas (disponibilidad de una persona cuidadora en el caso de la PECEF, contratación de una persona cuidadora profesional en el caso de la PEAP, etc.). Además, la intensidad del SAD y la cuantía de las prestaciones económicas viene determinada por otras variables como la eventual combinación de más de un servicio o prestación, la capacidad económica individual y el grado de dependencia.

En suma, el acceso a los diferentes servicios y prestaciones depende, por una parte, de las características individuales de la persona; por otra, de la normativa que regula las condiciones de acceso⁷ y, por último, de las opciones que la persona usuaria adopta. Todo ello se recoge en el Plan Individual de Atención (PIA) de las personas usuarias.

Para cada servicio o prestación, el análisis se centra en primer lugar en identificar qué elementos individuales se asocian con el acceso y, en segundo lugar, en los que explican una mayor o menor intensidad entre las personas que reciben ese servicio o prestación. Este doble análisis, que se resume en un efecto total para cada servicio, que incorpora tanto el efecto sobre la probabilidad de recibirlo, como sobre su cuantía o intensidad, se realiza para tres de los tipos de apoyo formal analizados (PECEF, PEAP, SAD). Dada la falta de indicadores de intensidad de servicio en CD, para este servicio se analiza exclusivamente la probabilidad de acceso.

3.2.1. Factores asociados al uso de PECEF

a) Factores que inciden en el acceso

⁷ La normativa recoge los servicios y prestaciones a los que puede acceder cada persona en función de su grado de dependencia, las reglas de compatibilidad entre recursos y las posibles minoraciones en la intensidad de la atención derivada de la compatibilización de más de un recurso, o la determinación del copago en función de la capacidad económica individual.

Los resultados de los modelos que analizan la probabilidad de recibir PECEF en función de las características personales indican que varios factores aparecen asociados de forma estadísticamente significativa con la percepción de esta prestación económica. Son los siguientes:

- Dependencia: el indicador de dependencia muestra un odds ratio de 1,053, lo que sugiere que, por cada unidad adicional del indicador, las probabilidades relativas de recibir PECE aumentan aproximadamente un 5,3 por ciento, manteniendo el resto constante ($p \leq 0,001$).
- Edad: la edad se asocia negativamente con la probabilidad de recibir PECE, con odds ratio 0,975, equivalente a una reducción aproximada del 2,5 por ciento en las probabilidades relativas por cada año adicional ($p \leq 0,001$).
- Sexo: una vez otros factores están controlados, las mujeres presentan menor probabilidad de recibir PECE que los hombres, con odds ratio 0,787, es decir, alrededor de un 21,3 por ciento menos de probabilidades relativas ($p = 0,033$).
- Convivencia con esposo, esposa o pareja: convivir con la pareja se asocia con una mayor probabilidad de recibir PECE, con odds ratio 2,510, lo que implica unas probabilidades relativas 2,5 veces mayores ($p \leq 0,001$).
- Número de hijos: a mayor número de hijos, mayor probabilidad de recibir PECE, con odds ratio 1,097, aproximadamente un 9,7 por ciento más de probabilidades relativas por cada hijo adicional ($p = 0,011$)⁸.
- Situación económica (llegar a fin de mes con facilidad): quienes declaran llegar a fin de mes con facilidad tienen mayor probabilidad de recibir PECE que quienes llegan con dificultad, con odds ratio 1,475, aproximadamente un 47,5 por ciento más de probabilidades relativas ($p \leq 0,001$).

Tabla 13. Factores asociados con la probabilidad de recibir PECEF: estimaciones logit (odds ratios)

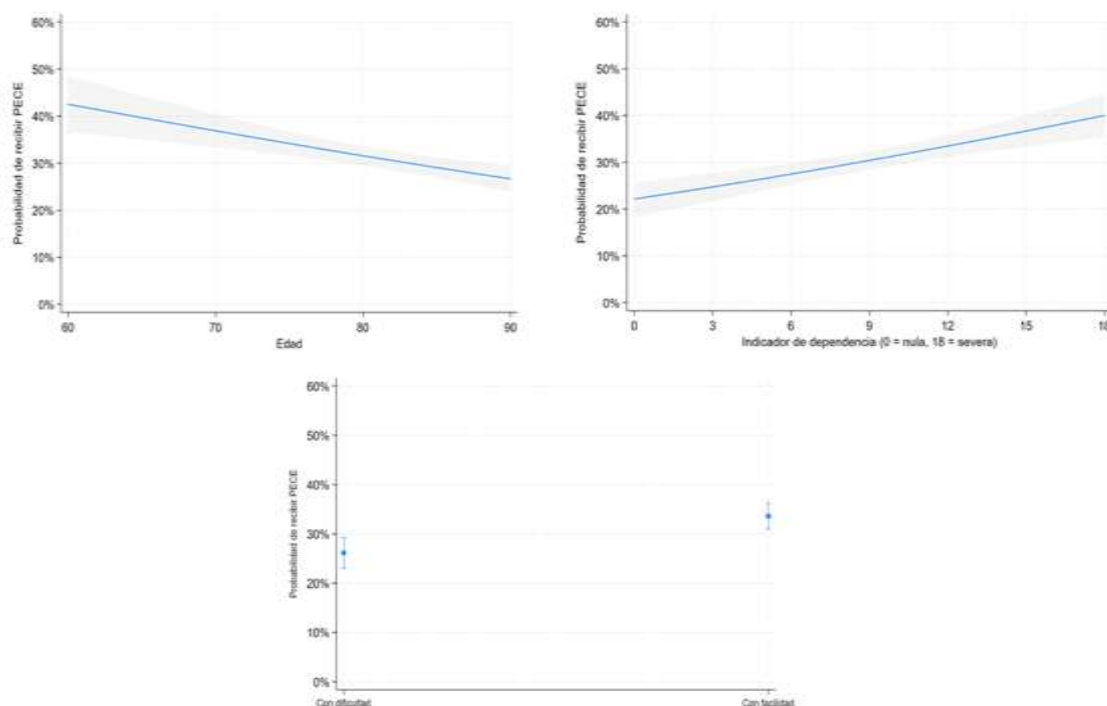
Variables	Odds ratio	Error est.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	1,053	0,012	0,000	***
Edad	0,975	0,006	0,000	***
Sexo				
Hombre (ref.)	—	—	—	—
Mujer	0,787	0,088	0,033	*
Vive con su esposo/a o pareja				
No vive con su esposo/a o pareja (ref.)	—	—	—	—
Vive con su esposo/a o pareja	2,510	0,277	0,000	***
Número de hijos	1,097	0,040	0,011	**
Facilidad de llegar a fin de mes				
Con dificultad (ref.)	—	—	—	—
Con facilidad	1,475	0,164	0,000	***
Constante	1,129	0,521	0,792	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$, ** $0,001 < p \leq 0,01$, * $0,01 < p \leq 0,05$, † $0,05 < p \leq 0,1$

⁸ Junto con el efecto anterior, este efecto está relacionado con el hecho de que, por normativa, la PECEF se destina a la compensación económica para cuidadores informales en el entorno familiar.

Gráfico 13. Efecto de la edad, el nivel de dependencia y la dificultad de llegar a fin de mes sobre la probabilidad de recibir PECEF



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

b) Factores asociados con la cuantía de PECEF

La segunda parte del modelo estima el importe mensual condicionado a estar recibiendo la PECEF (es decir, analiza diferencias en intensidad solo entre las personas beneficiarias de la prestación). Los factores que se relacionan con la intensidad (cuantía) de la PECEF son los siguientes:

- Edad: la edad se asocia con un incremento pequeño, pero significativo, del importe, con ratio promedio 1,004, lo que significa alrededor de 0,4 por ciento más de importe por año adicional ($p = 0,022$).
- Dependencia: el término lineal del indicador de dependencia no resulta significativo (0,984, $p = 0,258$), pero el término cuadrático sí lo es (dependencia²: 1,002, $p \leq 0,001$). Esto apunta a una relación no lineal, compatible con que los importes aumenten de forma más marcada a niveles más altos de dependencia, una vez que la persona ya es usuaria de PECEF.

Estos resultados sugieren que, una vez dentro del grupo de personas beneficiarias, la variación de importes se explica sobre todo por edad y por un patrón creciente con la dependencia en los niveles más altos, más que por un efecto lineal simple de la dependencia.

c) Estimación del efecto total

El análisis también presenta estimaciones del efecto total sobre el valor esperado mensual⁹ de PECEF, combinando la parte de probabilidad y la parte de intensidad (producto de efectos), con inferencia mediante *bootstrap* (1.000 repeticiones).

⁹ El "importe esperado mensual" o "valor esperado mensual" no se refiere a la cuantía mensual media de la prestación, sino que es una estimación media que tiene en cuenta tanto la probabilidad de recibirla como el importe que le correspondería a una persona según sus características.

- Convivir con esposo, esposa o pareja: el valor esperado mensual estimado es 56,00 € para quienes no conviven con pareja, frente a 102,05 € para quienes sí conviven. La diferencia es sustancial (aproximadamente 46,05 € más al mes) y estadísticamente significativa ($p < 0,001$, con intervalos de confianza reportados).
- Dependencia: el valor esperado mensual aumenta de forma clara con la dependencia, pasando de 46,51 € en dependencia 0 a 134,51 € en dependencia 18, con incrementos graduales a lo largo del rango mostrado y significación estadística en todos los puntos reportados ($p < 0,001$).
- Situación financiera: quienes llegan a fin de mes con dificultad tienen un valor esperado mensual de 62,95 €, frente a 80,76 € entre quienes llegan con facilidad, una diferencia de aproximadamente 17,81 € al mes, también estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

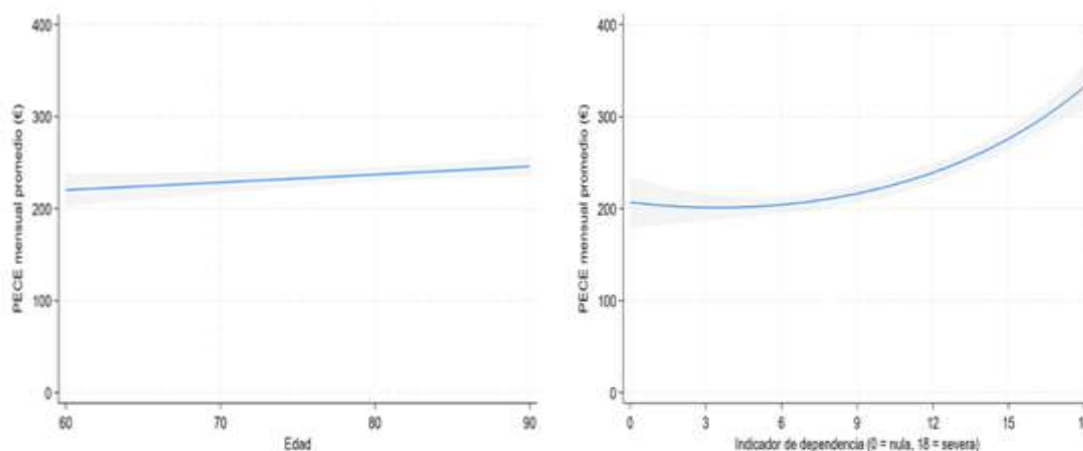
Tabla 14. Importe de PECEF condicionado al uso: razones de medias (GLM)

Variables	Ratio promedio	Error est.	P>z	Sig,
Indicador de dependencia	0,984	0,014	0,258	
Indicador de dependencia cuadrático	1,002	0,001	0,000	***
Edad	1,004	0,002	0,022	*
Constante	150,709	21,451	0,000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.001$, ** $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, † $0.05 < p \leq 0.1$

Gráfico 14. Efecto de la edad y el nivel de dependencia sobre la cuantía de la PECEF



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Las tablas siguientes recogen en detalle el efecto total sobre la cuantía esperada mensual de la PECEF que se asocia al hecho de coresidir con el esposo o la esposa, al grado de dependencia y a las dificultades para llegar a fin de mes.

Tabla 15. Efecto total sobre la cuantía mensual esperada de PECEF de coresidir con esposo/a (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Grupo	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
Sin esposo/a	56,00	3,22	17,37	<0,001	[49,68 - 62,32]
Con esposo/a	102,05	4,74	21,55	<0,001	[92,77 - 111,34]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 16. Efecto total del grado de dependencia sobre la cuantía mensual esperada de PECEF (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Indicador de dependencia	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
0	46,51	4,90	9,50	<0,001	[36,91 - 56,11]
2	48,90	3,89	12,56	<0,001	[41,27 - 56,53]
4	52,29	3,16	16,56	<0,001	[46,10 - 58,48]
6	56,88	2,73	20,81	<0,001	[51,53 - 62,24]
8	62,94	2,66	23,67	<0,001	[57,73 - 68,15]
10	70,83	2,93	24,21	<0,001	[65,10 - 76,56]
12	81,07	3,51	23,12	<0,001	[74,20 - 87,94]
14	94,37	4,47	21,11	<0,001	[85,61 - 103,13]
16	111,72	6,08	18,36	<0,001	[99,80 - 123,65]
18	134,51	8,87	15,16	<0,001	[117,12 - 151,91]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 17. Efecto total de la capacidad de llegar a fin de mes sobre la cuantía mensual esperada de PECEF (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Grupo	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
Llega a final de mes con dificultad	62,95	3,96	15,88	<0,001	[55,18 - 70,72]
Llega a final de mes con facilidad	80,76	3,60	22,44	<0,001	[73,70 - 87,81]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

En resumen, los resultados sugieren que existen mecanismos diferentes para explicar el acceso a la PECEF (probabilidad) y la cuantía que percibe quien ya lo usa (intensidad): la convivencia con la pareja, el nivel de dependencia, el número de hijos/as y la situación económica desahogada se asocian con mayor probabilidad de recibir PECE, mientras que la edad y un patrón no lineal con la dependencia se asocian con importes mayores. Los efectos totales refuerzan especialmente la relevancia de tres factores en el valor esperado mensual: la convivencia con la pareja, el grado de dependencia y la situación financiera (medida en función de la respuesta dada a la pregunta sobre la capacidad para llegar a fin de mes).

3.2.2. Factores asociados al uso de la PEAP

Como se ha señalado anteriormente, la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP) es percibida, en exclusiva o en combinación con otras prestaciones, por más de un tercio de las personas encuestadas. Los resultados del análisis apuntan, de nuevo, a mecanismos distintos en lo que se refiere a la **probabilidad de recibir esta prestación y el importe mensual entre personas usuarias**. En otras palabras, los factores que se asocian a la percepción de la prestación no son los mismos que se asocian a una mayor o menor cuantía entre las personas perceptoras.

a) Factores que inciden en el acceso

En lo que se refiere a la probabilidad de percibir esta prestación, la **dependencia** y la **edad** se asocian con una mayor probabilidad, mientras que convivir con pareja y declarar llegar a fin de mes con facilidad se asocian con menor probabilidad. Se estiman los siguientes efectos:

- **Dependencia:** Se estima un OR de 1,043, es decir, un incremento aproximado del 4,3% en las probabilidades relativas por cada punto adicional en el índice de dependencia ($p \leq 0,001$).
- **Edad:** OR 1,034, es decir, alrededor de un 3,4% más de probabilidades relativas por cada año cumplido ($p \leq 0,001$).

- **Sexo (mujer):** OR 1,228, lo que indica una asociación positiva marginalmente significativa ($p = 0,089$).
- **Vivir con esposo, esposa o pareja:** OR 0,776, menor probabilidad relativa ($p = 0,035$).
- **Número de hijos:** OR 0,945, asociación negativa marginalmente significativa ($p = 0,103$).
- **Facilidad para llegar a fin de mes:** OR 0,662, menor probabilidad relativa ($p \leq 0,001$).

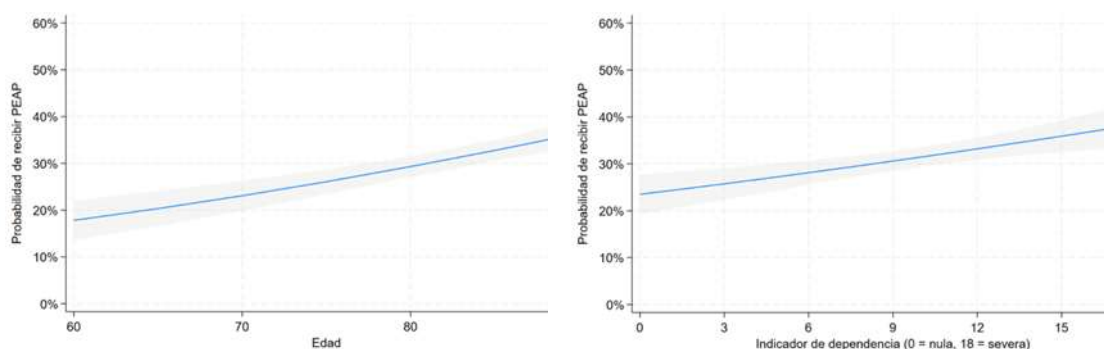
Tabla 18. Factores asociados con la probabilidad de recibir PEAP: estimaciones logit (odds ratios)

Variables	Odds ratio	std. err.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	1.043	0.012	0.000	***
Edad	1.034	0.006	0.000	***
Sexo				
Hombre (ref.)	–	–	–	–
Mujer	1.228	0.148	0.089	†
Vive con su esposo/a o pareja				
No vive con su esposo/a o pareja (ref.)	–	–	–	–
Vive con su esposo/a o pareja	0.776	0.094	0.035	*
Número de hijos	0.945	0.033	0.103	†
Facilidad de llegar a fin de mes				
Con dificultad (ref.)	–	–	–	–
Con facilidad	0.662	0.069	0.000	***
Constante	0.027	0.013	0.000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.001$, ** $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, † $0.05 < p \leq 0.1$

Gráfico 15. Efecto de la edad y el nivel de dependencia sobre la probabilidad de recibir la PEAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

b) Factores asociados con la cuantía de PEAP

Entre quienes reciben PEAP, el importe aumenta con la edad, muestra un patrón no lineal con la dependencia y es mayor en mujeres. Más concretamente, se observan los siguientes efectos sobre la cuantía:

- **Edad:** se estima una ratio 1,009; es decir, alrededor de un 0,9% más de importe por cada año de edad cumplida ($p \leq 0,001$).

- **Dependencia:** el término lineal no es significativo, pero el término cuadrático sí (dependencia²: 1,004, $p \leq 0,001$), sugiriendo un aumento más marcado del importe a niveles altos de dependencia.
- **Sexo (mujer):** ratio de 1,102, lo que indica importes mayores entre mujeres usuarias ($p = 0,007$).

c) Estimación del efecto total

El efecto total esperado (que combina la probabilidad de recibir la prestación y su importe) pone de manifiesto los siguientes datos de interés:

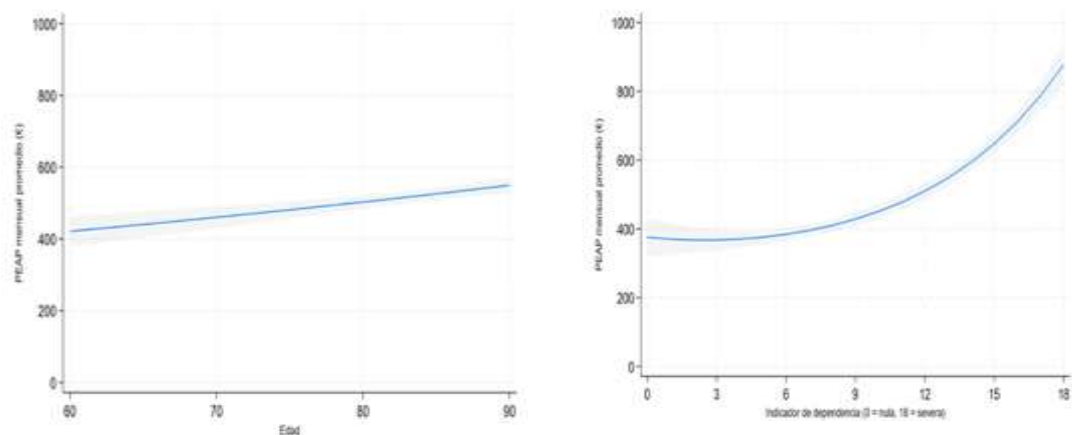
- El importe mensual esperado¹⁰ aumenta fuertemente con la dependencia (por ejemplo, 88,50 € en dependencia 0 frente a 339,89 € en 18).
- La situación financiera muestra un patrón claro: quienes llegan a fin de mes con dificultad presentan un importe esperado mayor (192,54 €) que quienes llegan con facilidad (147,51 €).
- Convivencia con la pareja: el valor esperado es menor en quienes conviven (147,43 €) que en quienes no conviven con su pareja (174,35 €).

Tabla 19. Factores asociados con el importe de PEAP (entre usuarios del servicio) (GLM)

Variables	Ratio promedio	Error est.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	0,982	0,015	0,253	
Indicador de dependencia ²	1,004	0,001	0,000	***
Edad	1,009	0,002	0,000	***
Sexo				
Hombre (ref.)				
Mujer	1,102	0,040	0,007	**
Constante	165,064	25,532	0,000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa. Nota: *** $p \leq 0.001$, ** $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, † $0.05 < p \leq 0.1$

Gráfico 16. Efecto de la edad y el nivel de dependencia sobre la cuantía de la PEAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

¹⁰ Como se ha señalado previamente, el "importe esperado" o "valor esperado" no se refiere a la cuantía media de la prestación, sino un valor estimado que tiene en cuenta tanto la probabilidad de recibirla como el importe que le correspondería a una persona según sus características.

Tabla 20. Efecto total sobre el importe mensual esperado de PEAP de convivir con esposo/a (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Grupo	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
Sin esposo/a	174,35	8,31	20,98	<0,001	[158,06 - 190,63]
Con esposo/a	147,43	10,98	13,42	<0,001	[125,90 - 168,95]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 21. Efecto total sobre el importe mensual esperado de PEAP del nivel de dependencia (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Indicador de dependencia	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
0	88,50	11,12	7,96	<0,001	[66,70 - 110,29]
2	92,07	8,79	10,47	<0,001	[74,84 - 109,30]
4	98,47	7,07	13,92	<0,001	[84,61 - 112,34]
6	108,25	5,97	18,13	<0,001	[96,55 - 119,95]
8	122,32	5,61	21,81	<0,001	[111,33 - 133,31]
10	142,06	6,15	23,09	<0,001	[130,00 - 154,12]
12	169,58	7,73	21,95	<0,001	[154,43 - 184,72]
14	208,04	10,61	19,60	<0,001	[187,24 - 228,85]
16	262,31	15,62	16,79	<0,001	[231,69 - 292,92]
18	339,89	24,47	13,89	<0,001	[291,94 - 387,85]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 22. Efecto total sobre el importe mensual esperado de PEAP de la situación financiera (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Grupo	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
Llega a final de mes con dificultad	192,54	10,22	18,84	<0,001	[172,51 - 212,57]
Llega a final de mes con facilidad	147,51	7,89	18,69	<0,001	[132,04 - 162,98]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

3.2.3. Factores asociados al uso del SAD

a) Factores que inciden en el acceso

De acuerdo con los resultados de los modelos, la probabilidad de recibir el servicio de ayuda a domicilio (SAD) se relaciona con los siguientes factores personales:

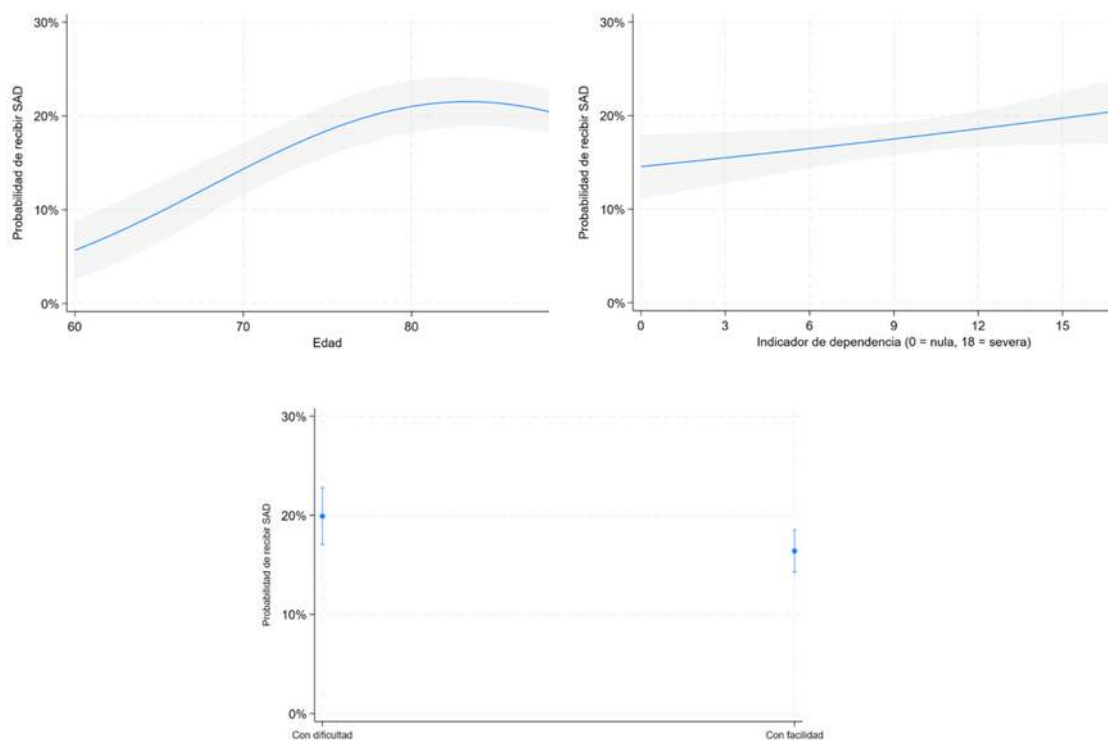
- **Dependencia:** se estima un OR de 1,025, lo que indica una asociación positiva marginalmente significativa ($p = 0,058$).
- **Edad:** OR 1,596 y **Edad²:** OR 0,997, patrón no lineal ($p \leq 0,001$ para ambos términos), compatible con que la probabilidad aumente con la edad, pero a un ritmo decreciente a edades muy avanzadas.
- **Facilidad para llegar a fin de mes:** OR 0,786, menor probabilidad relativa marginalmente significativa ($p = 0,051$).
- **Sexo (mujer):** no se detecta una asociación significativo con relación al sexo de la persona encuestada ($p = 0,130$).

Tabla 23. Factores asociados con la probabilidad de recibir SAD: estimaciones logit (odds ratios)

Variables	Odds ratio	std. err.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	1.025	0.013	0.058	†
Edad	1.596	0.179	0.000	***
Edad ²	0.997	0.001	0.000	***
Sexo				
Hombre (ref.)	–	–	–	–
Mujer	1.226	0.165	0.130	
Facilidad de llegar a fin de mes				
Con dificultad (ref.)				
Con facilidad	0.786	0.097	0.051	†
Constante	0.000	0.000	0.000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.001$, ** $0.001 < p \leq 0.01$, * $0.01 < p \leq 0.05$, † $0.05 < p \leq 0.1$

Gráfico 17. Efecto de la edad, el nivel de dependencia y la dificultad de llegar a fin de mes sobre la probabilidad de recibir SAD

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

b) Factores asociados con la intensidad de SAD

En lo que se refiere a la intensidad horaria del SAD entre las personas usuarias, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Dependencia: se observa un ratio 1,044, lo que indica alrededor de un 4,4% más de horas por unidad de incremento del nivel de dependencia ($p \leq 0,001$).
- Sexo (mujer): ratio de 1,207, lo que indica una mayor intensidad entre mujeres que entre hombres ($p = 0,048$).

- Vivir con la pareja: ratio de 0,750, lo que indica una menor intensidad entre aquellas personas que residen con su parejas ($p \leq 0,001$).
- Número de hijos: ratio de 0,949, lo que sugiere una menor intensidad a medida que crece el número de hijos/as ($p = 0,048$).
- Facilidad para llegar a fin de mes: ratio de 0,826, que sugiere una menor intensidad a medida que mejora la situación económica del hogar ($p = 0,010$).
- Edad: no se observa una relación significativa entre la edad y la intensidad del servicio ($p = 0,295$).

c) Estimación del efecto total

Cuando se combinan la probabilidad de acceso y la intensidad, el efecto total esperado es el siguiente:

- La intensidad mensual esperada aumenta con la dependencia (por ejemplo, 7,91 horas mensuales en 0 frente a 24,61 en 18).
- Quienes llegan a fin de mes con dificultad presentan mayor intensidad esperada (17,05 horas) que quienes llegan con facilidad (14,05 horas).
- Para la convivencia con la pareja, la intensidad esperada es prácticamente igual en ambos grupos (15,17 horas), lo que sugiere que posibles diferencias en acceso e intensidad podrían compensarse mutuamente en el producto total, o que el efecto total no es detectable con estas especificaciones.

El hecho de que la edad muestre una asociación no lineal con la probabilidad de uso (efecto positivo de edad y negativo de edad cuadrática) es coherente con que la fragilidad y la necesidad aumenten con la edad, incrementando el acceso al servicio, pero con una atenuación a edades muy avanzadas. Esta atenuación podría reflejar un efecto techo (saturación del acceso), una selección hacia recursos alternativos cuando la complejidad de la necesidad crece (p. ej., apoyos más intensivos o de supervisión), o barreras prácticas y discontinuidades en el uso a edades muy altas. En cambio, entre quienes ya utilizan SAD, la edad no explica significativamente la intensidad, lo que sugiere que la asignación de horas se ajusta principalmente a la necesidad medida (dependencia), a la disponibilidad de apoyos alternativos (pareja, hijos) y a la capacidad económica, más que a la edad cronológica.

Tabla 24. Factores asociados con el importe de SAD (entre usuarios del servicio) (GLM)

Variables	Ratio promedio	Error est.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	1,044	0,008	0,000	***
Edad	1,005	0,004	0,295	
Sexo				
Hombre (<i>ref.</i>)	–	–	–	–
Mujer	1,207	0,115	0,048	*
Vive con su esposo/a o pareja				
No vive con su esposo/a o pareja (<i>ref.</i>)	–	–	–	–
Vive con su esposo/a o pareja	0,750	0,061	0,000	***
Número de hijos	0,949	0,025	0,048	*
Facilidad de llegar a fin de mes				
Con dificultad (<i>ref.</i>)	–	–	–	–
Con facilidad	0,826	0,061	0,010	**
Constante	44,048	16,392	0,000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa. Nota: *** $p \leq 0,001$, ** $0,001 < p \leq 0,01$, * $0,01 < p \leq 0,05$, † $0,05 < p \leq 0,1$

Tabla 25. Efecto total sobre el valor esperado mensual de SAD del nivel de dependencia (bootstrap, 1.000 repeticiones)

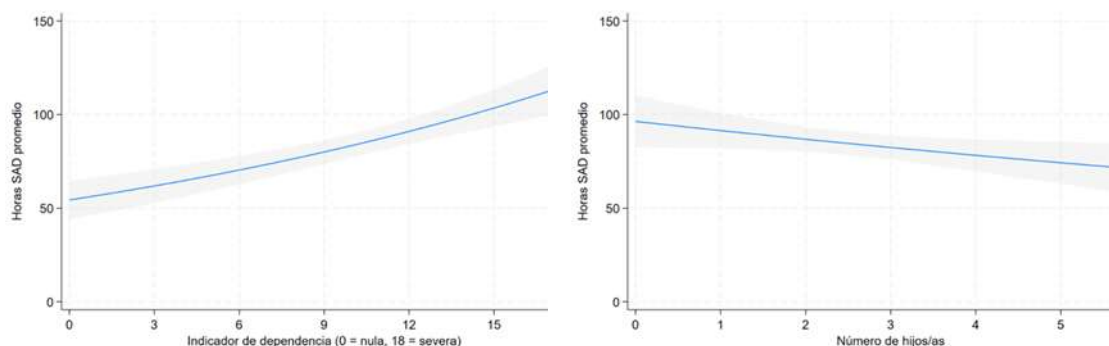
Indicador de dependencia	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
0	7,91	1,18	6,72	<0,001	[5,61, 10,22]
2	8,99	1,12	8,04	<0,001	[6,80, 11,18]
4	10,21	1,04	9,83	<0,001	[8,17, 12,24]
6	11,59	0,95	12,21	<0,001	[9,73, 13,45]
8	13,15	0,88	14,90	<0,001	[11,42, 14,88]
10	14,92	0,91	16,47	<0,001	[13,14 - 16,69]
12	16,92	1,10	15,40	<0,001	[14,76 - 19,07]
14	19,17	1,50	12,82	<0,001	[16,24 - 22,11]
16	21,73	2,09	10,39	<0,001	[17,63 - 25,82]
18	24,61	2,88	8,53	<0,001	[18,95 - 30,26]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 26. Efecto total sobre el valor esperado mensual de SAD de la situación financiera (bootstrap, 1.000 repeticiones)

Grupo	EV (€)	EE	z	p	IC 95%
Llega a final de mes con dificultad	17,05	1,49	11,47	<0,001	[14,14 - 19,97]
Llega a final de mes con facilidad	14,05	0,98	14,33	<0,001	[12,13 - 15,97]

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Gráfico 18. Efecto del nivel de dependencia y número de hijos sobre la intensidad del SAD

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

En resumen, cuando se analiza la relación entre las características personales de las personas encuestadas y la probabilidad de recibir el servicio de asistencia personal (SAD), o su intensidad, se observa que algunos factores influyen sobre todo en el acceso (probabilidad) mientras que otros lo hacen sobre la intensidad (horas de servicio). En particular, la edad muestra una relación no lineal con la probabilidad de recibir SAD, mientras que la dependencia se relaciona con una mayor intensidad entre usuarios. La convivencia con la pareja, el número de hijos/as y una mejor situación financiera se asocian con menos horas entre quienes ya usan SAD, consistente con un posible papel de apoyos alternativos o sustitución parcial.

3.2.4. Factores asociados al uso del CD

En el caso del acceso al centro de día, únicamente se ha modelado la posibilidad de uso, ya que no se han recogido datos sobre posibles diferencias en la intensidad del servicio (número de horas de atención). Los resultados muestran asociaciones fuertes con la **dependencia** y con un patrón no lineal de **edad**, además de una relación muy marcada con la **memoria** (a peor memoria, mayor probabilidad de uso). En cambio, una peor **salud general** se asocia con menor probabilidad de asistir al centro de día, lo que se pueda explicar en relación con posibles limitaciones funcionales o barreras prácticas para el desplazamiento y la participación.

Más concretamente:

- **Dependencia:** OR de 1,108, lo que indica un incremento aproximado del 10,8% en probabilidades relativas por unidad de crecimiento del nivel de dependencia ($p \leq 0,001$).
- **Edad:** OR 2,046 y **Edad²:** OR 0,996, lo que sugiere un patrón no lineal ($p \leq 0,001$), compatible con un aumento con la edad y desaceleración a edades altas.
- **Vivir con la pareja:** OR 0,685, lo que indica una menor probabilidad de asistir al CD entre las personas que viven en pareja ($p = 0,020$).
- **Número de hijos:** OR 1,081, lo que pone de manifiesto una asociación positiva marginalmente significativa entre el número de hijos/as y el acceso a este servicio ($p = 0,087$).
- **Memoria (ref. buena):** regular OR 1,633 ($p = 0,033$), mala OR 4.209 ($p \leq 0,001$), lo que indica una asociación muy intensa entre el acceso al CD y el deterioro cognitivo autorreportado.
- **Salud (ref. buena):** regular OR 0,668 ($p = 0,015$), mala OR 0,379 ($p \leq 0,001$), que indica una menor probabilidad de uso del CD a medida que empeora el estado de salud general.

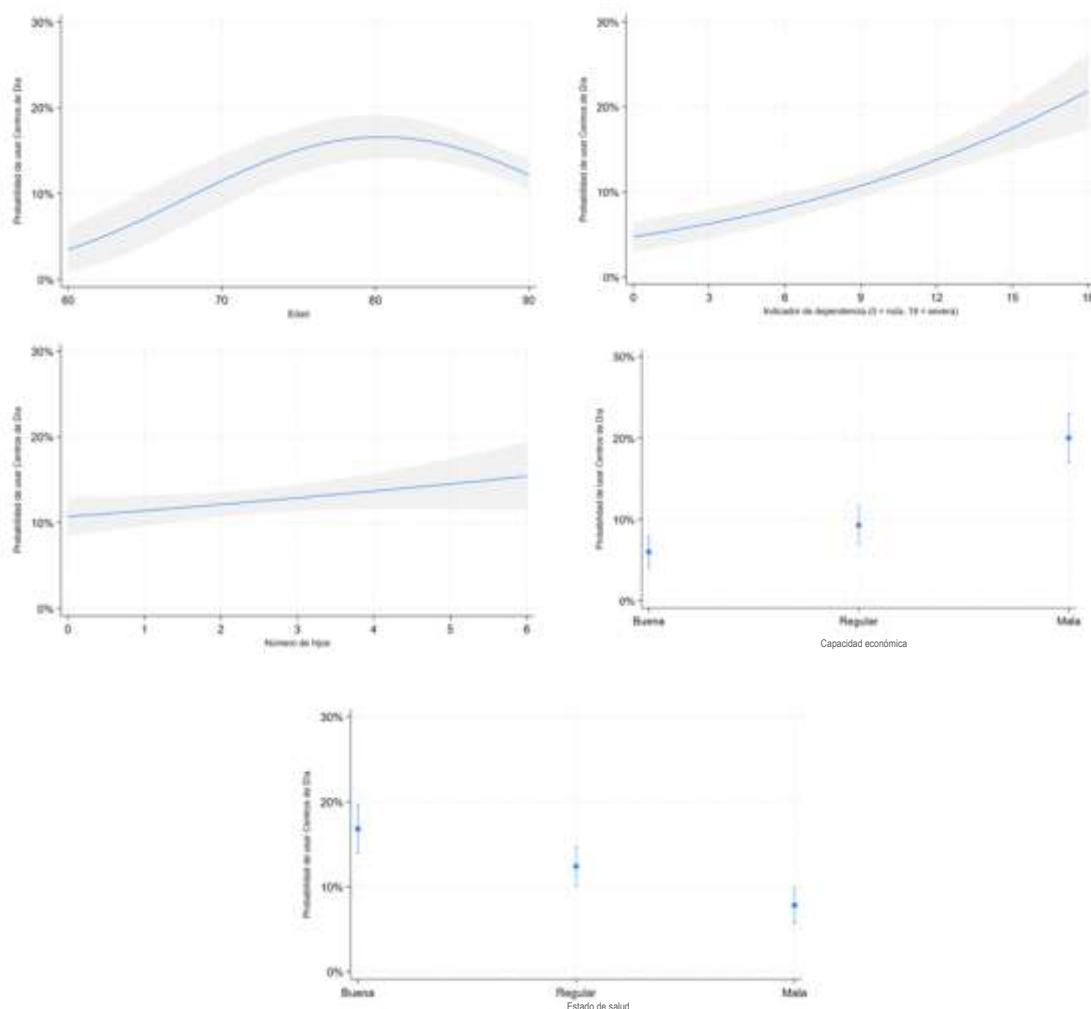
Tabla 27. Factores asociados con la probabilidad de acceder al CD: modelo logístico (odds ratios)

Variables	Odds ratio	Error Est.	P>z	Sig.
Indicador de dependencia	1,108	0,019	0,000	***
Edad	2,046	0,297	0,000	***
Edad ²	0,996	0,001	0,000	***
Vive con su esposo/a o pareja				
No vive con su esposo/a o pareja (ref.)	—	—	—	—
Vive con su esposo/a o pareja	0,685	0,112	0,020	*
Número de hijos/as	1,081	0,049	0,087	†
Memoria				
Buena (ref.)	—	—	—	—
Regular	1,633	0,375	0,033	*
Mala	4,209	0,897	0,000	***
Salud				
Buena (ref.)	—	—	—	—
Regular	0,668	0,111	0,015	*
Mala	0,379	0,077	0,000	***
Constante	0,000	0,000	0,000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$, ** $0,001 < p \leq 0,01$, * $0,01 < p \leq 0,05$, † $0,05 < p \leq 0,1$

Gráfico 19. Efecto de la edad, el nivel de dependencia, la dificultad de llegar a fin de mes, la memoria y el estado de salud general sobre la probabilidad de acceder al CD



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

3.2.5. Similitudes y diferencias entre los patrones de acceso a PECEF, PEAP, SAD y CD

Muchos de los factores que determinan el acceso a las diferentes ayudas son comunes. Las similitudes principales incluyen:

- El **nivel de dependencia** aparece como un determinante consistente del uso o de la cuantía o intensidad esperada en los cuatro recursos: aumenta la probabilidad de acceder a la PECEF, la PEAP, el SAD (marginal) y el CD, y aumenta de forma clara la intensidad esperada en el caso de las tres prestaciones o servicios para las que se ha estimado la intensidad. Esto es coherente con que el hecho de que, a mayor necesidad, aumenta la probabilidad de recibir apoyos y, cuando existe un componente de intensidad, aumente también la cantidad recibida, ya sea en euros o en horas de atención.

En el caso de la PECEF y la PEAP, las cuantías muestran un patrón no lineal con la dependencia (término cuadrático significativo), lo que sugiere que los importes crecen especialmente a niveles altos de necesidad, medidos en términos del número de dificultades con las actividades de la vida cotidiana.

- La **edad** juega un papel relevante en el acceso a varias de las prestaciones analizadas, pero no siempre en la misma dirección ni en la misma parte del modelo. En el caso de la PEAP aumenta tanto la probabilidad de acceso como la intensidad, mientras que en el caso del SAD y del CD aparece como relación no lineal con la probabilidad de acceso al servicio.

Sin embargo, también existen importantes diferencias entre los factores asociados con el acceso a los servicios y prestaciones. Las diferencias clave se refieren a la estructura familiar, la situación económica, la salud y la memoria y el sexo.

En cuanto a la **estructura familiar** (convivencia con la pareja y número de hijos/as), se observan los siguientes elementos:

- En lo que se refiere a la **PECEF**, convivir con pareja y tener más hijos se asocia con mayor probabilidad, lo que encaja con un recurso ligado a cuidados en el entorno familiar y a la disponibilidad de cuidadores informales.
- En el caso de la **PEAP** y el **CD**, convivir con pareja se asocia con menor probabilidad, y en PEAP también hay señal de menor uso cuando hay más hijos. Una interpretación plausible es que estos recursos se utilicen relativamente más cuando hay menor capacidad o disponibilidad de cuidados informales continuados en el hogar, o cuando se busca un tipo de apoyo distinto al cuidado familiar tradicional.
- **En el caso del SAD**, la convivencia con la pareja y el tener más hijos reduce la intensidad entre personas usuarias, lo que apoyaría la teoría de la sustitución parcial de horas formales por apoyo familiar, una vez que el servicio está en marcha.

Desde la perspectiva de la **situación económica**, las conclusiones son las siguientes:

- En el caso de la **PECEF**, llegar a fin de mes con facilidad se asocia con una mayor probabilidad y con un mayor importe esperado.
- En el caso de la **PEAP** y el **SAD**, el patrón va en sentido contrario: llegar a fin de mes con facilidad reduce la probabilidad de acceso (la del SAD de forma marginal y la de la PEAP claramente) y reduce la intensidad esperada. Algunas posibles explicaciones de estos resultados pueden relacionarse con las diferencias existentes en cuanto al copago de cada servicio¹¹, las normas que rigen la compatibilidad entre servicios, las preferencias individuales o la posibilidad de acceso a otras formas de apoyo formal, y también posibles correlaciones no observadas entre recursos económicos, red familiar y tipo de necesidad que lleva a recomendar un recurso u otro en el PIA. En otras palabras, los modelos sugieren una selección distinta hacia cada servicio según el perfil socioeconómico de las personas usuarias.

En lo que se refiere al **sexo**, se observan las siguientes asociaciones:

- Las mujeres tienen menor probabilidad de acceder a la **PECEF**, una vez controlado el resto de las variables.
- Las mujeres tienden a tener mayor probabilidad de acceder a la **PEAP** (marginal) y tienden a recibir una cuantía más elevada cuando acceden al servicio.
- El sexo no explica claramente el acceso al **SAD**, pero sí su intensidad, con más horas de atención en el caso de las mujeres usuarias, cuando se tienen en cuenta el resto de las variables analizadas. Algunas posibles razones incluyen diferencias de composición por edad, redes de apoyo, convivencia, viudedad, perfiles de necesidad, y también prácticas de asignación del PIA, que podrían tratar de forma distinta situaciones típicamente más prevalentes en mujeres a edades avanzadas.

¹¹ La participación económica de las personas usuarias tiende a crecer en el caso del SAD a medida que crece la capacidad económica individual. En el caso de las prestaciones económicas (PECF y PEAP), la cuantía se reduce en función de esa capacidad económica individual.

Finalmente, en el caso de la **salud y la memoria**, se observan algunas relaciones claras en el caso del centro de día. En concreto, la **memoria** (regular y, sobre todo, mala) e asocia con un incremento en la probabilidad de acceder a este recurso, mientras que el hecho de tener una peor **salud general** reduce su uso. Estos datos sugieren que se atribuye a este servicio una función relacionada con necesidades de supervisión, estimulación y apoyo diurno ante deterioro cognitivo, y que existe un posible freno cuando la fragilidad física o la mala salud dificultan la asistencia.

En conjunto, los resultados sugieren una **lógica de asignación** de servicios y prestaciones en la que:

- La PECEF se relaciona con la presencia de red familiar disponible.
- La PEAP se asocia más con mayor edad y dependencia, y con perfiles con menor apoyo informal o menor holgura económica.
- El SAD parece responder a necesidad (dependencia), pero su intensidad se reduce cuando existe apoyo familiar y cuando la situación económica es mejor.
- El acceso al Centro de Día está fuertemente vinculado a la presencia de deterioro cognitivo y dependencia, pero puede verse limitado por mala salud general.

3.3. Relación entre el uso de las prestaciones y la frecuencia de la ayuda recibida

Tras analizar la lógica que subyace a la asignación de los diversos servicios, este apartado examina **qué factores están asociados a distintos niveles de intensidad de ayuda formal e informal en el domicilio**, y en qué medida la dependencia funcional y las condiciones personales influyen en la probabilidad de recibir apoyo con mayor o menor frecuencia.

Como se ha señalado previamente, la variable de frecuencia de ayuda se ha recodificado en **tres categorías** que reflejan distintos grados de intensidad del apoyo: bajo apoyo (hasta seis días por semana), apoyo moderado (todos los días, una o varias veces) y alto apoyo (apoyo continuo durante todo o casi todo el día)¹². Esta clasificación permite captar diferencias sustantivas en la regularidad y constancia del apoyo recibido.

Una vez asignada cada una de las personas encuestadas a uno de estos tres grupos, en una primera especificación, se estimó un modelo probit ordenado con variable endógena en el que la provisión de servicios se incorpora mediante indicadores dicotómicos de acceso al CD, SAD, PEAP y PECEF. En este modelo, la recepción de la PECEF se trata como endógena, dado que su asignación puede estar correlacionada con características familiares no observadas que también influyen en la frecuencia de apoyo. Para corregir este posible sesgo, la ecuación endógena se instrumenta con variables de estructura familiar como la convivencia (vivir con esposo/a o vivir con hijos/as) y el entorno familiar (número de hijos/as), asumiendo que estas son las que afectan la probabilidad de recibir el servicio.

En una segunda especificación, se reestima este modelo sustituyendo los indicadores de acceso por medidas continuas de intensidad del apoyo formal, concretamente las horas de SAD y los importes asociados a la PEAP y a la PECEF. Al igual que en el modelo anterior, el importe de la PECEF se considera endógeno y se instrumenta con las variables anteriormente descritas. Esta estrategia permite evaluar si los determinantes de la frecuencia de apoyo difieren cuando se considera no solo el acceso a los servicios, sino también el volumen o la intensidad del apoyo recibido.

¹² Es importante señalar, en cualquier caso, que la frecuencia de ayuda recibida no recoge un número objetivo de horas, sino la descripción que las personas encuestadas hacen respecto a la frecuencia de la ayuda que reciben.

Ambos modelos incluyen variables control como la relación no lineal de la dependencia funcional, así como controles por convivencia, estado de salud y memoria. En conjunto, este enfoque permite analizar de manera más rigurosa los factores asociados a la intensidad del apoyo recibido y evaluar la robustez de los resultados frente a distintas formas de medir la provisión de servicios formales.

Los resultados de los análisis realizados (tablas 28 y 29) muestran que, como cabía esperar, **el impacto de los servicios formales y prestaciones estudiados sobre la frecuencia de ayuda recibida varía de forma destacada**; es decir, el grado de apoyo que las personas señalan recibir (que incluye tanto la ayuda profesional como la prestada por familiares convivientes o no convivientes) se asocia al tipo de servicio o prestación recibida, aunque no siempre en el sentido esperado. Así:

- recibir **SAD** se relaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con la frecuencia de ayuda, lo que sugiere que este servicio podría sustituir formas de apoyo más intensivas o continuas. En lo que se refiere a la intensidad del servicio, un mayor número de horas de SAD se relaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con la probabilidad de encontrarse en categorías más altas de frecuencia de ayuda, lo que sugiere nuevamente un efecto de sustitución entre este servicio y otras formas de apoyo más intensivo o continuo.
- En el mismo sentido, recibir la **PECEF** se asocia negativamente con la frecuencia de ayuda. El importe de la PCEF, sin embargo, no muestra una asociación estadísticamente significativa con la frecuencia de ayuda.
- Por el contrario, la percepción de **PEAP** no presenta una asociación significativa con la frecuencia de la ayuda: no reduce la frecuencia total de ayuda recibida, pero tampoco la incrementa. Además, a diferencia de lo que ocurría con el SAD y la PECEF, un mayor importe de la PEAP sí se asocia positivamente con una mayor frecuencia de ayuda, indicando que este tipo de apoyo económico puede complementar otras formas de ayuda.
- Por último, la provisión de atención diurna en un **centro de día** muestra un efecto positivo y significativo con la frecuencia de la ayuda recibida, indicando que este tipo de servicio se vincula con niveles más intensos y continuos de apoyo.

En todo caso, también debe tenerse en cuenta que la frecuencia de la ayuda se relaciona claramente con determinadas **características personales**. Así:

- Mayores niveles de **dependencia** se asocian con una mayor probabilidad de recibir apoyo con mayor frecuencia, aunque esta relación es no lineal y se atenúa a niveles más elevados de dependencia. A partir de ciertos niveles de dependencia, por tanto, la frecuencia de la ayuda deja de incrementarse.
- Asimismo, **vivir solo/a** constituye uno de los predictores más fuertes de la frecuencia de la ayuda, con una asociación negativa significativa. Este dato subraya la importancia del papel de la estructura del hogar y la disponibilidad de apoyos informales.
- El **estado de salud** también resulta relevante, ya que un peor estado se asocia con menores niveles de frecuencia de ayuda, mientras que las limitaciones de memoria muestran una relación más débil y menos consistente.

Tabla 28. Resultados del modelo oprobit para la frecuencia de ayuda con corrección por endogeneidad del PECEF

Frecuencia de ayuda	Coeficiente	Error est.	P>t	Sig.
SAD				
No recibió SAD	-	-	-	-
Recibió SAD	-0,536	0,080	0,000	***
PEAP				
No recibió PEAP	-	-	-	-
Recibió PEAP	-0,091	0,076	0,230	
PECEF				
No recibió PECEF	-	-	-	-
Recibió PECEF	-0,348	0,208	0,094	*
CD				
No recibió CD	-	-	-	-
Recibió CD	0,312	0,106	0,003	**
Indicador de dependencia	0,101	0,025	0,000	***
Indicador de dependencia ²	-0,002	0,001	0,182	
No vive solo/a	-	-	-	-
Vive solo/a	-1,077	0,087	0,000	***
Salud				
Buena	-	-	-	-
Regular	-0,212	0,074	0,004	**
Mala	-0,272	0,092	0,003	**
Memoria				
Buena	-	-	-	-
Regular	0,070	0,078	0,370	
Mala	0,149	0,086	0,084	*
Recibió PECEF				
	Coeficiente	std, err,	P>t	Sig.
No vivo con mi esposo/a o pareja	-	-	-	-
Vivo con mi esposo/a o pareja	0,349	0,022	0,000	***
No vivo con sus hijos/as	-	-	-	-
Vivo con sus hijos/as	0,405	0,024	0,000	***
Número de hijos/as	-0,016	0,007	0,019	**
Constante	0,121	0,020	0,000	***
Puntos de corte				
	Coeficiente	std, err,	P>t	Sig.
Corte 1	-0,963	0,135		
Corte 2	-0,207	0,141		
Parámetros				
	Coeficiente	std, err,	P>t	Sig.
Varianza del término no observado del PECEF	0,173	0,006		
Correlación entre factores no observados del PECEF y la frecuencia de ayuda	0,198	0,086	0,021	**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.01$, ** $0.01 < p \leq 0.05$, * $0.05 < p \leq 0.1$.

Tabla 29. Resultados del modelo oprobit para la frecuencia de ayuda con corrección por endogeneidad de la PECEF, centrándose en la intensidad de los servicios (horas o importe)

Frecuencia de ayuda	Coefficiente	Error est.	P>t	Sig.
Horas SAD recibidas	-0,002	0,001	0,004	***
Importe PEAP	3,00E-04	0,000	0,022	**
Importe PECEF	-0,001	0,001	0,458	
CD				
No recibió CD	-	-	-	-
Recibió CD	0,278	0,106	0,009	**
Indicador de dependencia	0,108	0,025	0,000	***
Indicador de dependencia ²	-0,003	0,001	0,047	**
No vive solo/a	-	-	-	-
Vive solo/a	-1,075	0,087	0,000	***
Salud				
Buena	-	-	-	-
Regular	-0,228	0,074	0,002	**
Mala	-0,273	0,092	0,003	**
Memoria				
Buena	-	-	-	-
Regular	0,056	0,078	0,469	
Mala	0,151	0,086	0,080	*
Recibió PECEF	Coefficiente	std, err,	P>t	Sig,
No vivo con mi esposo/a o pareja	-	-	-	-
Vivo con mi esposo/a o pareja	76,218	6,023	0,000	***
No vivo con sus hijos/as	-	-	-	-
Vivo con sus hijos/as	102,597	6,651	0,000	***
Número de hijos/as	-2,389	1,882	0,204	
Constante	26,636	5,534	0,000	***
Puntos de corte	Coefficiente	std, err,	P>t	Sig,
Corte 1	-0,789	0,134		
Corte 2	-0,041	0,140		
Parámetros	Coefficiente	std, err,	P>t	Sig,
Varianza del término no observado del PECE	13,176,480	456,840		
Correlación entre factores no observados del PECE y la frecuencia de ayuda	0,162	0,099	0,101	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.01$, ** $0.01 < p \leq 0.05$, * $0.05 < p \leq 0.1$.

En conjunto, los resultados sugieren que **la intensidad del apoyo recibido no depende únicamente (ni mayoritariamente) del acceso a servicios formales**, sino también de las necesidades funcionales, las condiciones de salud y las dinámicas de convivencia en el hogar.

En lo que se refiere a las **características personales**, se confirma que la dependencia funcional es un determinante central de la frecuencia de ayuda. Mayores niveles de dependencia aumentan la probabilidad de recibir apoyo con mayor frecuencia, aunque este efecto es no lineal y se atenúa a niveles más elevados de dependencia, como indica el término cuadrático negativo. Asimismo, vivir solo/a se asocia de manera fuerte y negativa con la frecuencia de ayuda, lo que evidencia el papel clave de la convivencia y de la disponibilidad de apoyos informales en la intensidad del cuidado recibido. En cuanto a las condiciones de salud, un peor estado de salud

se relaciona con una menor probabilidad de recibir ayuda con alta frecuencia, una vez controlados los servicios y la dependencia funcional. Las limitaciones de memoria muestran una asociación más débil y menos consistente, con un efecto positivo para los niveles más severos.

Los resultados también ponen de manifiesto, en cualquier caso, que **los diferentes servicios y prestaciones afectan de forma diferente a la frecuencia de la ayuda global recibida en el domicilio** y que es el centro de día –y, en menor medida, la PEAP– el tipo de servicio que se asocia a un incremento claro en dicha frecuencia. Por el contrario, el SAD y la PECEF parecen reducir la frecuencia de la ayuda recibida.

3.4. El impacto de los servicios y prestaciones sobre la calidad de vida de las personas en domicilios

3.4.1. Relación entre la frecuencia de la ayuda, las características individuales, los servicios formales recibidos y la calidad de vida

En este apartado se pone el foco en analizar el papel específico de la frecuencia de ayuda recibida –tal y como ha sido definida en el apartado anterior– y su relación con la calidad de vida, entendiendo la ayuda no solo como la provisión de un servicio, sino como la regularidad con la que la persona recibe apoyo en su vida cotidiana, teniendo en cuenta el tipo de servicio o prestación recibida. Este análisis permite identificar el impacto de las distintas formas de apoyo en la calidad de vida de las personas encuestadas, teniendo en cuenta la relación existente entre la frecuencia global y la calidad de vida, así como la relación entre los niveles de necesidad y la frecuencia de la ayuda.

Para ello, se estima un modelo de regresión que relaciona la calidad de vida con la frecuencia de ayuda y su interacción con el nivel de dependencia funcional, controlando además por la recepción de servicios formales (SAD, PEAP, PECEF y CD), así como por el estado de salud y la memoria. La inclusión del término de interacción permite evaluar si la asociación entre la frecuencia de ayuda y la calidad de vida varía según el grado de dependencia de la persona, mientras que el uso de errores estándar robustos asegura la validez de la inferencia estadística ante posibles problemas de heterocedasticidad.

Los resultados de esta regresión muestran que **la frecuencia de la ayuda se asocia de manera positiva y estadísticamente significativa con la calidad de vida**. En términos generales, un aumento en la frecuencia de ayuda se vincula con una mayor calidad de vida promedio, una vez controladas las condiciones de salud, memoria y el acceso a servicios formales.

Esta relación varía de forma significativa según el nivel de dependencia funcional. El término de interacción positivo y estadísticamente significativo indica que, a medida que aumenta la dependencia, el efecto negativo de la frecuencia de ayuda sobre la calidad de vida se atenúa (este efecto se ilustra en el gráfico 22). En otras palabras, **para personas con mayores limitaciones funcionales, recibir ayuda con mayor frecuencia se asocia en particular con una mayor mejora de calidad de vida, controlando por el efecto de otros factores de riesgo**. De hecho, ajustando por nivel de necesidad, se observa que la frecuencia de la ayuda global recibida aumenta la calidad de vida en casi un 90% de casos. Este efecto se concreta en una mejora media del 3% ($p < 0,01$) y resulta particularmente relevante en niveles altos de dependencia.

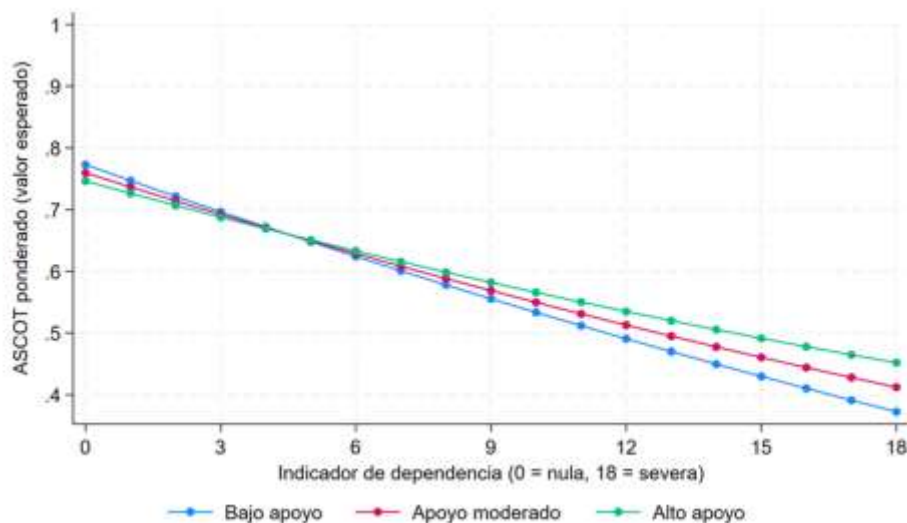
Tabla 30. Efecto de la frecuencia de ayuda sobre la CVRC

Variables	Coefficiente	std. err.	P>t	Sig.
Frecuencia de la ayuda	-0,031	0,009	0,001	***
Indicador de dependencia	-0,024	0,003	0,000	***
Frecuencia de la ayuda x Indicador de dependencia	0,005	0,001	0,000	***
SAD				
No recibió SAD	-	-	-	-
Recibió SAD	0,004	0,009	0,675	
PEAP				
No recibió PEAP	-	-	-	-
Recibió PEAP	0,015	0,009	0,096	*
PECEF				
No recibió PECEF	-	-	-	-
Recibió PECEF	0,012	0,009	0,173	
CD				
No recibió CD	-	-	-	-
Recibió CD	0,016	0,010	0,133	
Memoria				
Muy Buena	-	-	-	-
Buena	-0,036	0,020	0,073	*
Regular	-0,067	0,020	0,001	***
Mala	-0,126	0,022	0,000	***
Muy mala	-0,139	0,029	0,000	***
Salud				
Muy Buena	-	-	-	-
Buena	-0,034	0,016	0,030	**
Regular	-0,080	0,016	0,000	***
Mala	-0,133	0,017	0,000	***
Muy mala	-0,178	0,018	0,000	***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.01$, ** $0.01 < p \leq 0.05$, * $0.05 < p \leq 0.1$.

Por otra parte, los resultados confirman el **papel central de las condiciones de salud y memoria como determinantes de la calidad de vida**. Así, el deterioro de la memoria, el empeoramiento del estado de salud, la presencia de ansiedad o depresión y la inadecuación del domicilio presentan asociaciones negativas y significativas con la calidad de vida. Al contrario, contar con recursos económicos suficientes se asocia positiva y significativamente con una mayor calidad de vida.

Gráfico 20. Ilustración del efecto mediador de la dependencia sobre el impacto de la frecuencia de la ayuda sobre la calidad de vida

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Por último, los datos de la tabla 30 también ponen de manifiesto que **la recepción de servicios formales (SAD, PEAP, PECEF y CD) no muestra asociaciones estadísticamente significativas con la CVRC una vez que se controla por la frecuencia de ayuda y las características individuales**, lo que sugiere que el impacto de estos servicios sobre la CVRC podría operar principalmente a través de la intensidad y adecuación del apoyo recibido, más que por su mera presencia o ausencia.

3.4.2. Relación entre las características personales, la intensidad de los servicios y/o prestaciones recibidos y la calidad de vida

Para investigar el efecto directo de diferentes tipos de ayuda resulta necesario aislar el efecto causal del apoyo recibido sobre la calidad de vida, incorporando otros factores que influyen en el bienestar de las personas.

Con este objetivo, se ha estimado un modelo de variables instrumentales mediante mínimos cuadrados en dos etapas (2SLS) que incorpora, además del nivel de dependencia funcional, medidas de intensidad del apoyo formal capturadas a través de las horas de SAD, los importes asociados a las prestaciones PEAP y PECEF, así como la asistencia a centros de día (CD). En particular, el importe de PECEF se instrumenta utilizando variables relacionadas con la estructura del hogar y la convivencia, lo que permite identificar la variación exógena en el uso de este servicio y la influencia de soporte familiar o ayudas informales.

Asimismo, el modelo controla por un conjunto amplio de características personales y del hogar, incluyendo ingresos, edad, sexo, dificultades funcionales específicas, estado de memoria, salud, presencia de ansiedad o depresión, adecuación del domicilio a las necesidades de la persona y asistencia requerida para llenar el cuestionario. Este enfoque contribuye a reducir sesgos derivados de diferencias sistemáticas entre individuos y a aislar el efecto del apoyo formal bajo supuestos de validez de los instrumentos. El uso de errores estándar robustos garantiza la validez de la inferencia ante posibles problemas de heterocedasticidad. Los resultados del análisis se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 31. Resultados de la estimación causal del impacto de la intensidad de los servicios y otros factores sobre la CVRC

Variables	Coeficiente	Error est.	P>t	Sig.
Indicador de dependencia	-0,018	0,002	0,000	***
Horas SAD recibidas	-1,40E-05	0,000	0,871	
Importe PEAP	2,30E-05	0,000	0,335	
Importe PECEF	2,62E-05	0,000	0,803	
Recibió CD				
No recibió CD	-	-	-	-
Recibió CD	0,025	0,011	0,020	*
Ingresos				
Con dificultad	-	-	-	-
Con facilidad	0,033	0,008	0,000	***
Hombre	-	-	-	-
Mujer	0,011	0,007	0,142	
Edad	0,001	0,000	0,025	*
Dificultad para bañarse				
No tengo dificultad	-	-	-	-
Tengo alguna dificultad	-0,001	0,012	0,915	
No lo puedo hacer	0,020	0,016	0,206	
Dificultad para asearse				
No tengo dificultad	-	-	-	-
Tengo alguna dificultad	0,009	0,011	0,412	
No lo puedo hacer	0,055	0,016	0,001	***
Dificultad para levantarse				
No tengo dificultad	-	-	-	-
Tengo alguna dificultad	0,016	0,011	0,147	
No lo puedo hacer	0,050	0,018	0,004	**
Memoria				
Muy Buena	-	-	-	-
Buena	-0,039	0,014	0,004	**
Regular	-0,069	0,014	0,000	***
Mala	-0,115	0,016	0,000	***
Muy mala	-0,156	0,017	0,000	***
Salud				
Muy Buena	-	-	-	-
Buena	-0,025	0,019	0,179	
Regular	-0,047	0,019	0,015	*
Mala	-0,085	0,021	0,000	***
Muy mala	-0,102	0,027	0,000	***
Ansiedad o depresión				
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	-	-	-	-
Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a	-0,022	0,008	0,009	**
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	-0,058	0,011	0,000	***
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	-0,098	0,019	0,000	***
Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a	-0,152	0,044	0,000	***
Estado del domicilio				
Mi casa se adapta bien a mis necesidades tal y como está en este momento	-	-	-	-
Mi casa necesitaría que se le realizara alguna adaptación menor	-0,019	0,010	0,049	*
Mi casa no se adapta en absoluto a mis necesidades y precisaría que se le haga una gran reforma	-0,052	0,023	0,024	*
Ayuda para llenar el cuestionario				
No recibí ayuda	-	-	-	-
Recibí ayuda	-0,0105	0,0097	0,2790	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0.01$, ** $0.01 < p \leq 0.05$, * $0.05 < p \leq 0.1$.

Como en el análisis anterior, los resultados muestran un coeficiente negativo y altamente significativo del indicador de dependencia funcional que confirma que **mayores niveles de**

dependencia reducen la calidad de vida, incluso una vez corregida la endogeneidad en el uso de servicios. Este resultado sugiere que la dependencia actúa como un determinante estructural del bienestar, cuya influencia persiste independientemente del tipo o volumen de apoyo recibido. Asimismo, contar con mayores facilidades económicas se asocia con niveles más altos de CVRC, mientras que la edad presenta un efecto positivo de pequeña magnitud. Estas asociaciones indican que los recursos económicos del hogar siguen siendo relevantes en la explicación del bienestar.

En lo que se refiere al impacto del sistema de cuidados formales, se observa que cada una de las prestaciones y servicios analizados se comporta de forma diferente:

- el importe de la **PECEF** no presenta un efecto estadísticamente significativo sobre la calidad de vida, lo que indica que, una vez controlado el sesgo de selección mediante variables instrumentales, mayores niveles de gasto en este servicio no se traducen necesariamente en mejoras causales en la calidad de vida.
- de forma similar, las horas de **SAD** y los importes de **PEAP** tampoco muestran efectos significativos sobre la calidad de vida, reforzando la idea de que la intensidad del apoyo formal, por sí sola, tiene un impacto limitado sobre el bienestar cuando se consideran adecuadamente las características individuales.
- Sin embargo, recibir el servicio de **CD** muestra un efecto positivo y estadísticamente significativo con la calidad de vida, lo que sugiere que este tipo de servicio puede tener un impacto causal favorable sobre la calidad de vida.

Finalmente, los resultados ponen de manifiesto la importancia de factores no directamente vinculados a la provisión de servicios. El deterioro de la memoria, el empeoramiento del estado de salud, la presencia de ansiedad o depresión y la inadecuación del domicilio presentan asociaciones negativas y significativas con la calidad de vida. En conjunto, el modelo sugiere que, incluso bajo un enfoque causal que corrige por endogeneidad, las mejoras en el bienestar requieren intervenciones integrales que aborden dimensiones cognitivas, emocionales y ambientales, más allá de incrementos en el gasto o en la intensidad de los servicios formales.

4. Variabilidad en la calidad de vida de las personas que viven en centros residenciales

4.1. Estrategia de análisis

En este apartado se resumen los resultados de los análisis realizados para identificar con qué factores personales, organizativos o asistenciales se relaciona la CVRC de las personas que viven en **residencias**. Para el análisis, además de las características sociodemográficas y la valoración de la CVRC de las personas usuarias –medida como se ha señalado previamente mediante la escala ASCOT– se han tenido en cuenta una serie de variables relacionadas con la organización y la práctica asistencial de los centros.

Estas variables son de dos tipos:

- Por un lado, determinadas **características estructurales y organizativas** de los centros, como su tamaño, ubicación, formas de titularidad y gestión, nivel de privación socioeconómica del entorno, proporción de personas encuestadas, etc.
- Por otro lado, se han tenido en cuenta una serie de **variables relacionadas con la personalización de la atención en las residencias**, tal y como se ha señalado en el apartado metodológico. Estas variables reflejan prácticas asistenciales directamente vinculadas a la experiencia cotidiana de las personas y constituyen palancas potenciales de mejora desde el punto de vista de la calidad de la atención en los centros. Es importante señalar, en cualquier caso, que no se trata de informaciones objetivas sobre prácticas asistenciales u organizativas, sino la valoración subjetiva que las personas encuestadas realizan sobre esas cuestiones (y que, en cierto modo, pueden estar relacionadas con la valoración subjetiva de su calidad de vida)¹³.
- Finalmente, se han tenido en cuenta también la ubicación de cada centro en distintos **ámbitos geográficos** que pueden tener relevancia desde la perspectiva de la organización de los servicios, como las áreas de servicios sociales o las organizaciones sanitarias integradas de Osakidetza.

El **objetivo del análisis** es comprender en qué medida la CVRC de las personas mayores sin deterioro cognitivo que viven en residencias de Gipuzkoa depende de factores endógenos como sus características y circunstancias personales, y en qué medida está condicionada por factores exógenos, organizativos y contextuales, propios de los centros residenciales y de los ámbitos territoriales en los que estos se integran. Concretamente, se plantea conocer:

¹³ Dado que estas preguntas se recogen en el mismo cuestionario que el índice ASCOT y hacen referencia a aspectos estrechamente relacionados con la experiencia subjetiva de los cuidados, es esperable una alta correlación a nivel individual entre las respuestas sobre ACP y la propia valoración de calidad de vida relacionada con los cuidados. Para minimizar el peso de esta correlación en la estimación de la varianza explicada y aproximar la ACP como un conjunto de prácticas organizativas, en el análisis estas variables se operacionalizan a nivel de centro.

- En qué medida la CVRC en las residencias de Gipuzkoa depende de factores contextuales –características y factores organizativos comunes– a nivel de centro, de área de servicios sociales (ASS) o de organización sanitaria integrada (OSI).
- Cuáles son las características y circunstancias personales que afectan la CVRC en mayor medida.
- Qué parte de la variabilidad en CVRC se explica al introducir los factores contextuales en el modelo.
- Una vez controladas las características personales y contextuales, qué parte de las diferencias en CVRC se explican al tener en cuenta las variables sobre personalización de la atención.

Para responder a estas cuestiones se ha optado por un **enfoque multinivel o jerárquico**, ampliamente utilizado en la evaluación de servicios sociales y sanitarios, y especialmente recomendado cuando las personas atendidas se agrupan en organizaciones o territorios concretos. Este tipo de modelos permite analizar simultáneamente factores individuales y factores contextuales, teniendo en cuenta que las personas que viven en un mismo centro comparten condiciones comunes –instalaciones, personal, organización del trabajo, prácticas asistenciales– que pueden influir en su CVRC de forma sistemática.

La estructura de este apartado es la siguiente:

- En primer lugar, se describen las **características** de las personas encuestadas y de los centros en los que residen.
- Posteriormente, se recogen algunos datos de interés respecto a la percepción que las personas encuestadas tienen sobre una serie de **prácticas organizativas y asistenciales relacionadas con la personalización de la atención**.
- Finalmente, se analiza qué relación tienen con la **CVRC** medida mediante ASCOT los elementos previamente descritos (características personales de las personas encuestadas, características estructurales de los centros residenciales y prácticas organizativas y asistenciales relacionadas con la personalización).

4.2. Perfil de las personas usuarias, características de los centros y prácticas relacionadas con la personalización

4.2.1. Perfil de las personas usuarias

Como se ha señalado en el apartado 2 del informe, de las 1.042 residentes encuestadas, el **65% son mujeres** y prácticamente 1 de cada 3 tienen 90 años o más. Las personas más jóvenes, de entre 60 y 75 años suponen el 16,4% de la muestra.

Tabla 32. Características de la muestra de personas residentes

		Nº de residentes	%
Sexo	Mujer	677	65,0%
	Hombre	365	35,0%
Grupos de edad	60 a 74	171	16,4%
	75 a 89	541	51,9%
	90 y más	330	31,7%
Total		1.042	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Si se analizan los datos aportados por las propias personas en el cuestionario, se aprecia que **se trata de personas con unas necesidades de apoyo considerables**: casi una tercera parte tiene dificultad en tres o menos de las 9 actividades consideradas, un 30% adicional tiene dificultad para realizar entre 3 y 6 actividades, y algo menos de una cuarta parte tiene dificultad en 7 o más actividades. Considerando si la persona tiene dificultad para hacer la actividad (1 punto) o no puede realizarla (2 puntos) y sumando las 9 actividades consideradas (máximo 18 puntos), la media es 7,9 puntos y la mediana 7 puntos, con una dispersión bastante grande (desviación estándar 5,2 puntos). Los datos muestran que las mujeres tienen un grado de dificultad mayor, con una puntuación media de 8,8, frente a 6,2 entre los hombres.

Tabla 33. N° de actividades de la vida diaria (AVD) para las que tiene alguna dificultad

	N° de residentes	%	% válido	% acumulado
N° de actividades con dificultad	0	69	6,6	7,0
	1	73	7,0	14,4
	2	97	9,3	24,2
	3	90	8,6	33,3
	4	92	8,8	42,6
	5	101	9,7	52,8
	6	117	11,2	64,7
	7	128	12,3	77,6
	8	114	10,9	89,2
	9	107	10,3	100,0
Total	988	94,8	100,0	
Sin información	54	5,2		
Total	1.042	100,0		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Tabla 34. Grado de dificultad para las actividades de la vida diaria (AVD) por sexo

	Media	Desv. Est.	Mediana	Q1	Q3
Mujer	8,8	5,1	9	4	13
Hombre	6,2	5,1	5	2	10
Total	7,9	5,2	7	3	12

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Además de estas dificultades relacionadas con la pérdida de autonomía personal, una parte no desdeñable de las personas residentes afirman padecer cierto **malestar emocional**. Concretamente, un 5,1% de las personas que responden a la pregunta indican que se sienten muy o extremadamente ansiosas o deprimidas, y un 11,4% adicional que se encuentran moderadamente ansiosas o deprimidas. Además un 23% de las residentes afirman tener esos síntomas en un grado leve. En conjunto, representan prácticamente 4 de cada diez residentes las que afirman sufrir algún grado de ansiedad o depresión.

Tabla 35. Presencia de síntomas de ansiedad o depresión

	N° de residentes	%	% válido	% acumulado
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	633	60,7	61,6	61,6
Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a	236	22,6	23,0	84,5
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	117	11,2	11,4	95,9
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	35	3,4	3,4	99,3
Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a	7	0,7	0,7	100,0
No responde	14	1,3	-	
Total	1.042	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Respecto a la disponibilidad de apoyo, **la gran mayoría de las residentes encuestadas señalan que cuentan con ayuda de sus familias a pesar de vivir en un centro residencial**. En global, el 86,7% de las personas encuestadas indican que reciben ayuda de algún familiar o amigo/a. Lo más frecuente es que las personas del entorno presten ayuda para realizar trámites y gestiones fuera del centro: el 82,2% de las residentes indican que la familia o las amistades les apoyan en tareas como realizar compras, gestiones bancarias o el cuidado de su vivienda. También es frecuente (más de seis de cada diez residentes lo señalan) que las personas del entorno les ofrezcan apoyo para salir del centro a pasear.

Aunque con menos frecuencia, una parte no desdeñable de las residentes encuestadas señala asimismo que recibe el **apoyo de su entorno para tareas más directamente vinculadas con el cuidado**: algo más de una tercera parte (34,2%) señala recibir apoyo para arreglarse y cuidar de su aspecto, un 32% para comunicarse con la dirección o las personas profesionales del centro, un 30% para ir al baño o realizar su higiene íntima y un 12,5% para las comidas. En conjunto, un 54,3% de las residentes entrevistadas cuentan con el apoyo de su entorno para su día a día dentro del centro (incluido el que reciben para las actividades de la vida diaria o la comunicación con el personal y la dirección del centro).

Tabla 36. Apoyo que reciben las personas residentes por parte de familiares y amigos/as*

		Nº de residentes	%
(1) Ayuda de familiares para hacer gestiones y compras fuera del centro (comprar ropa o artículos de higiene, ir al banco, recoger el correo en casa...)	No	165	15,8%
	Sí	857	82,2%
	No responde	20	1,9%
	Total	1.042	100,0%
(2) Ayuda de familiares para arreglarse y cuidar su aspecto (peinarse, arreglarse las uñas, ponerse maquillaje, afeitarse...)	No	669	64,2%
	Sí	356	34,2%
	No responde	17	1,6%
	Total	1.042	100,0%
(3) Ayuda de familiares para comer (ayuda para cortar alimentos o utilizar los cubiertos)	No	889	85,3%
	Sí	130	12,5%
	No responde	23	2,2%
	Total	1.042	100,0%
(4) Ayuda de familiares para ir al baño o cuidar de mi higiene íntima	No	706	67,8%
	Sí	315	30,2%
	No responde	21	2,0%
	Total	1.042	100,0%
(5) Ayuda de familiares para salir de paseo	No	332	31,9%
	Sí	686	65,8%
	No responde	24	2,3%
	Total	1.042	100,0%
(6) Ayuda de familiares para ayudarle a entenderse o comunicarse con la dirección o las trabajadoras del centro	No	684	65,6%
	Sí	334	32,1%
	No responde	24	2,3%
	Total	1.042	100,0%
Sintética: Ayuda de familiares	No o no responde	139	13,3%
	Sí	903	86,7%
	Total	1.042	100,0%
Sintética: Ayuda para AVD o comunicación con el centro (2) o (3) o (4) o (6)	No o no responde	476	45,7%
	Sí	566	54,3%
	Total	1.042	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Otra circunstancia relativa a la vida en los centros que resulta importante controlar a la hora de medir la CVRC de las personas residentes se refiere a las oportunidades que se les ofrecen para salir del centro. La mayoría de las personas requieren el apoyo de una tercera persona para poder salir a la calle (el 80% tiene alguna dificultad y el 61,9% no lo puede hacer), lo cual puede limitar seriamente sus oportunidades, a pesar de que, como se ha señalado, un 65% cuenta con el apoyo de familiares para ello.

Tal y como se refleja en la tabla 37, las personas que no tienen dificultades de movilidad consideran mayoritariamente (71,3%) que pueden salir a la calle y relacionarse siempre que lo desean o lo necesitan, frente al 44% entre quienes tienen alguna dificultad relacionada con la movilidad, y solamente el 28,2% de las que no pueden salir sin ayuda de una tercera persona.

Tabla 37. Posibilidad de salir a la calle y relacionarse (P15), en función del grado de dificultad y la disponibilidad de apoyo familiar para hacerlo

Dificultad para salir y disponibilidad de apoyo familiar para ello*	Cuando quiere usted salir a la calle y relacionarse con personas del barrio o del pueblo, ¿puede hacerlo siempre que lo desea o lo necesita?									
	Sí siempre		Casi siempre		No, nunca o casi nunca		No responde		Total	
	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila	n	% fila
No puede solo/a y no tiene apoyo	36	34,0%	26	24,5%	41	38,7%	3	2,8%	106	100,0%
No puede solo/a y tiene apoyo	141	26,9%	216	41,1%	142	27,0%	26	5,0%	525	100,0%
Tiene alguna dificultad	84	44,0%	73	38,2%	29	15,2%	5	2,6%	191	100,0%
No tiene dificultad	139	71,3%	35	17,9%	16	8,2%	5	2,6%	195	100,0%
No responde	10	40,0%	5	20,0%	3	12,0%	7	28,0%	25	100,0%
Total	410	39,3%	355	34,1%	231	22,2%	46	4,4%	1042	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

*Variable sintética a partir de las preguntas P10_10: dificultad para salir a la calle y coger el transporte público y P14_5: disponibilidad de apoyo familiar para salir a pasear.

Por otra parte, entre quienes necesitan de la asistencia de una tercera persona, la disponibilidad de apoyo familiar no influye tan directamente como cabría esperar en las oportunidades reales que tienen las personas residentes para salir siempre que lo desean o lo necesitan, y la clave parece estar precisamente en la temporalidad de esos apoyos. Así, aunque la disponibilidad de apoyo familiar reduce la proporción de quienes afirman que nunca o casi nunca tienen oportunidad de salir cuando lo desean o necesitan (del 38,7% entre quienes no cuentan con apoyo familiar, al 27% entre quienes sí disponen de apoyo), el porcentaje de quienes dicen poder salir siempre que quieren o necesitan no se incrementa como cabría esperar (34% entre quienes no reciben apoyo y 27% entre quienes sí lo reciben).

En cambio, entre quienes disponen del apoyo de familiares, sí se aprecia una mayor tendencia a afirmar que pueden salir “casi siempre” que lo desean o necesitan (41,1% entre quienes tienen dificultades pero cuentan con apoyo y 24,5% entre quienes tienen dificultades y no tienen apoyo). Por lo tanto, el apoyo familiar parece reducir, por una parte, el porcentaje de quienes no salen nunca o casi nunca, y aumentar también el porcentaje de quienes pueden hacerlo “casi siempre” que lo desean o necesitan.

4.2.2. Características de los centros residenciales

Aproximadamente la mitad de las personas encuestadas viven en **centros medianos**, de entre 61 y 110 plazas, una tercera parte en centros grandes de más de 110 plazas, y algo menos de una de cada cinco en centros más pequeños, de hasta 60 plazas¹⁴. Aproximadamente la mitad (47,2%) residen en un centro perteneciente a una **entidad pública** (Diputación o ayuntamiento), casi una cuarta parte en centros pertenecientes a **entidades sin fin de lucro** y el 29,2% restante en centros de **sociedades anónimas u otras entidades privadas mercantiles**.

¹⁴ Aunque el tamaño es una variable importante para caracterizar los centros, hay que tener en cuenta que algunos de los incluidos en la muestra se organizan en módulos convivenciales de menor tamaño. Algunos centros ofrecen además dos tipos de servicio diferentes (residencial, de atención secundaria, y alojamiento de atención primaria) con lo que es posible que la muestra incluya a personas que viven en su propio apartamento dentro de un equipamiento residencial.

Casi siete de cada diez residentes (69%) viven en centros pertenecientes a entidades que iniciaron su actividad residencial con anterioridad a 1998, el 20% son atendidas por entidades que iniciaron su actividad entre 1999 y 2006 y el 10% por entidades que han iniciado su actividad con posterioridad al año 2007.

En función de las características del entorno en el que se ubican los centros, el 13% de las residentes encuestadas viven en centros ubicados en zonas rurales, y el 87% en zonas urbanas. De acuerdo con el índice MEDEA¹⁵, que clasifica las secciones censales en función de su índice de privación socioeconómica, el 15,6% de las residentes encuestadas viven en centros ubicados en secciones censales con alta privación socioeconómica (5 quintil de privación) y un 20,5% en secciones censales socioeconómicamente favorecidas.

Tabla 38. Distribución de residentes encuestadas por características de los centros

		n	%
Tamaño (nº de plazas)	Menos de 60	188	18,0%
	61 - 110	496	47,6%
	111+	358	34,4%
Titularidad	Públicas	492	47,2%
	Privadas SFL	246	23,6%
	Sociedades Anónimas	132	12,7%
	Otras privadas mercantiles	172	16,5%
Año de inicio de la actividad de la entidad (agrupado)	<= 1998	719	69,0%
	1999 - 2006	212	20,3%
	2007+	111	10,7%
Privación socioeconómica de la sección censal de ubicación. Índice MEDEA (quintiles)	1 Más favorecidas	214	20,5%
	2	358	34,4%
	3	210	20,2%
	4	97	9,3%
	5 Más desfavorecidas	163	15,6%
Ruralidad de la entidad de ubicación	Entidades rurales	135	13,0%
	Entidades urbanas intermedias	907	87,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

4.2.3. Prácticas relacionadas con la personalización

Junto con el apoyo que reciben de sus familias y la oportunidad de salir del centro cuando lo desean, la mayor o menor orientación de los centros hacia el modelo de la ACP puede suponer una importante diferencia en CVRC para las personas residentes. En relación con la ACP, la encuesta ha recogido la percepción de las personas residentes acerca de cuatro cuestiones que pueden marcar la diferencia: en primer lugar, si han tenido la posibilidad de participar en el diseño de su plan de atención individualizada (PAI); en segundo lugar, si el plan de atención incluye cuestiones importantes para ellas, en tercer lugar, si consideran que sus deseos son tenidos en cuenta por las profesionales; y en cuarto y último lugar, qué grado de conexión perciben entre el centro residencial y otros agentes de la comunidad (asociaciones, entidades, voluntariado, etc.).

Tal y como se refleja en la tabla 39, **la mayoría de las personas encuestadas consideran que su plan de atención recoge la mayoría (44,9%) o algunas (28,5%) de las cosas que son importantes para ellas**, a pesar de que muchas señalan, al mismo tiempo, que no han tenido oportunidad de participar en la elaboración de su plan de atención (54,2%), lo que resulta llamativo, tratándose precisamente de un segmento de la población atendida que, al no tener un deterioro cognitivo importante, debería poder participar sin dificultad.

¹⁵ Se utiliza el Índice de Privación Socioeconómica de las secciones censales de Euskadi, desarrollado a partir del proyecto MEDEA (Domínguez-Berjón et al., 2008). El Departamento de Salud del Gobierno Vasco ha actualizado el índice en base al censo de 2021 para su uso en los Atlas sobre Mortalidad en Áreas Pequeñas. A cada centro se le ha asignado el quintil de privación socioeconómica correspondiente a la sección censal en la que se ubica.

Tabla 39. Percepción de las residentes sobre prácticas de ACP en el centro

		n	%	% válido
Su PAI recoge los aspectos que son importantes para usted	Todas o casi todas	468	44,9%	55,1%
	Algunas	297	28,5%	34,9%
	Ninguna	55	5,3%	6,5%
	No tiene acceso / lo desconoce	30	2,9%	3,5%
	No responde	192	18,4%	-
	Total	1.042	100,0%	100,0%
Le han dado a usted la oportunidad de participar en la elaboración de su Plan Individual de Atención	Sí me han dado oportunidad	348	33,4%	38,1%
	No me han dado oportunidad	565	54,2%	61,9%
	No responde	129	12,4%	-
	Total	1.042	100,0%	100,0%
En qué medida considera que las personas que le apoyan tienen en cuenta sus deseos y preferencias	Mucho	615	59,0%	59,9%
	Algo	348	33,4%	33,9%
	Poco	45	4,3%	4,4%
	Nada	18	1,7%	1,8%
	No responde	16	1,5%	-
	Total	1.042	100,0%	100,0%
En qué medida agentes de la comunidad (p.ej. asociaciones culturales, voluntarios, etc.) realizan actividades en su centro residencial y usted participa en las mismas	Mucho	451	43,3%	43,7%
	Algo	321	30,8%	31,1%
	Poco	159	15,3%	15,4%
	Nada	100	9,6%	9,7%
	No responde	11	1,1%	-
	Total	1.042	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Respecto al grado en que sus deseos son tenidos en cuenta por parte de las personas que les prestan apoyo, la gran mayoría opta por señalar que sí son tenidos en cuenta, ya sea en alguna medida (33,4%) o en gran medida (59%). Solamente un 6,2% de las personas que responden a la pregunta señalan que sus deseos y preferencias se tienen poco o nada en cuenta.

Con las variables agregadas a nivel de centro, el porcentaje de residentes que indican que las diferentes prácticas de ACP consideradas se aplican en su centro oscila entre centros en los que ninguna de las personas encuestadas percibe estas prácticas, y centros en los que todas las personas creen que se aplican. Teniendo en cuenta los valores medianos, **tres de cada diez residentes reconocen haber participado en la elaboración del PAI**, cuatro de cada diez consideran que hay mucha participación comunitaria en su centro, la mitad indican que su plan de atención incluye todo o casi todo lo que es importante para ellas, y seis de cada diez consideran que las personas que cuidan de ellas tienen muy en cuenta sus preferencias. Los datos muestran, no obstante, que hay una variabilidad importante a nivel de centro.

Tabla 40. Variables agregadas sobre prácticas de ACP en el centro. Porcentaje de residentes en cada centro que consideran que se cumplen criterios de ACP (N=57 centros)

	% que ha participado en la elaboración / revisión del PAI	% cuyo PAI incluye todo o casi todo lo importante	% que considera que se tienen en cuenta 'mucho' sus preferencias	% que cree que hay mucha participación comunitaria en el centro
Media	37,1	48,7	61,2	44,4
Desviación est.	28,8	28,6	19,3	24,5
Mínimo	0,0	0,0	25,0	0,0
Máximo	100,0	100,0	100,0	100,0
Percent. 25	15,7	25,5	47,9	24,7
Mediana	31,6	50,0	60,0	41,4
Percent. 75	56,4	69,0	71,8	63,3

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

4.2.4. Modo de cumplimentación del cuestionario

Una última cuestión importante, que se debe tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados sobre CVRC que arroja la encuesta se refiere a la **manera en que cada una de las personas encuestadas ha respondido al cuestionario**. Teniendo en cuenta que se trata de personas en general muy mayores, que además tienen importantes limitaciones en su autonomía personal, no es de extrañar que la gran mayoría haya necesitado ayuda para responder al cuestionario. Más de 9 de cada 10 personas que han cumplimentado la encuesta indican que otra persona les ha ayudado a hacerlo.

Por otra parte, el alcance que ha tenido esta ayuda —y el grado en que puede interferir en los resultados, al aportar una visión de la CVRC que no es la de la propia persona— resulta difícil de establecer, al no haber recogido información sobre el rol de la persona que ha prestado apoyo (cuidadora del centro o persona del entorno) ni tampoco sobre el tipo de apoyo que ha necesitado la persona (si solamente ha necesitado ayuda para leer las preguntas y escribir las respuestas, o si también ha requerido apoyo para interpretar y escoger las respuestas).

En consecuencia, para tratar de aproximar el grado de participación que ha tenido la persona a la hora de responder, se han revisado los campos abiertos de observaciones en las preguntas referidas a ASCOT, tratando de identificar aquellos comentarios que con cierta seguridad podrían pertenecer a las personas residentes. De esta manera, se puede diferenciar a aquellas residentes que, a pesar de haber recibido ayuda para contestar, han realizado comentarios de viva voz. Con estos criterios, se puede identificar a 90 personas (8,6%) que responden por sí mismas, 401 personas (38,5%) que han tenido ayuda para responder, pero realizan comentarios de viva voz, y, finalmente, 551 residentes (52,9%) que han necesitado ayuda para responder y para quienes se desconoce el grado de implicación a la hora de responder.

Tabla 41. Cómo responde al cuestionario

	n	%
Con ayuda, no hace comentarios	551	52,9
Con ayuda, hace comentarios	401	38,5
Responde sin ayuda	90	8,6
Total	1.042	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

En todo caso, **a la hora de leer los resultados de la encuesta es preciso tener en cuenta que, al margen de posibles interferencias de terceras personas a la hora de responder**, en muchos casos la cumplimentación se ha realizado en presencia de las personas profesionales del centro, lo que en sí mismo puede haber afectado las respuestas de las residentes, al haberse podido sentir cohibidas para realizar comentarios negativos respecto a los cuidados que les prestan esas personas.

4.3. Calidad de vida relacionada con los cuidados

4.3.1. Resultados generales

Para analizar la CVRC de las personas residentes, y su relación con las variables descritas en el apartado anterior, se recogieron datos válidos para calcular el índice ASCOT para 1.013 de las 1.042 personas entrevistadas.

Como ya se ha indicado en el segundo apartado de este informe, de media, **la CVRC media es de 0,745, sin que se aprecien diferencias importantes por sexo** teniendo en cuenta las desviaciones estándar. Las personas que reciben ayuda para contestar pero hacen comentarios propios tienen una CVRC más baja (0,793) en comparación con quienes reciben ayuda de otra persona para responder y no hacen comentarios (0,83) o quienes responden sin ayuda (0,829).

Tabla 42. Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC). Medias y desviación estándar por sexo, proporción de encuestados/as en el centro y manera de responder al cuestionario (N=1.013)

		Calidad de Vida Relacionada con los Cuidados (CVRC)	
		Media	Desv. est.
Sexo	Mujer	0,744	0,158
	Hombre	0,746	0,157
	Total	0,745	0,158
Cómo responde al cuestionario	Con ayuda, no hace comentarios	0,759	0,147
	Con ayuda, hace comentarios	0,722	0,168
	Responde sin ayuda	0,758	0,163
	Total	0,745	0,158
Ratio de encuestados/as por centro	<= 20%	0,769	0,155
	21% - 40%	0,742	0,152
	>= 41%	0,701	0,173
	Total	0,745	0,158

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

La proporción de personas encuestadas por centro, que podría estar aproximando el porcentaje de personas usuarias en cada centro con su capacidad cognitiva inalterada¹⁶, muestra una relación inversa con la calidad de vida, de manera que aquellos centros donde se ha encuestado a un mayor porcentaje de residentes (40% o más) tienen un índice de calidad de vida menor (0,773) y, al contrario, los centros con un menor porcentaje de personas encuestadas (20% o menos) tienen un índice más alto de media (0,839).

4.3.2. Relevancia del centro y la organización territorial en términos de calidad de vida

Los modelos de regresión con los datos de las personas residentes agrupadas en centros, ASS y OSI indican una varianza significativa a nivel de centro y marginalmente significativa a nivel de ASS, pero no en las OSI. Esto indicaría que los factores organizativos y asistenciales más importantes en términos de CVRC varían sobre todo entre centros, y **la organización territorial de los mismos no ejerce diferencias relevantes más allá de las ejercidas por el centro**.

Tabla 43. Varianza de segundo nivel en los modelos de regresión multinivel para la variable Índice ponderado de Calidad de Vida (N=1.013)

Especificación	Varianza de centro τ^2_{00} (centro)	Error Est	Z	Sig.
Centros (personas)	0,0045	0,001	4,217	<0,001 ***
Áreas (personas)	0,001	0,001	1,648	0,099 †
OSI (personas)	0,003	0,002	1,11	0,267

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $0,001 < p \leq 0,01$; * $0,01 < p \leq 0,05$; † $0,05 < p \leq 0,1$

4.3.3. Importancia de las características de la persona y del centro

Los resultados de los modelos de regresión lineal multinivel para la variable CVRC confirman que **una parte sustancial de las diferencias observadas entre las personas residentes se explica por factores asociados al centro**, además de por las características individuales.

¹⁶ En principio, desde la Diputación Foral se solicitó a cada centro residencial que cumplimentasen tantos cuestionarios como residentes con capacidad cognitiva suficiente tuviesen alojadas.

El modelo vacío, que únicamente tiene en cuenta la estructura jerárquica de los datos (personas residentes agrupadas en centros), muestra un coeficiente de partición de la varianza (CPV) del 18,3 %, lo que indica que aproximadamente una quinta parte de la variabilidad en CVRC se debe a factores comunes a las personas que viven en el mismo centro. Este resultado pone de manifiesto la **relevancia del contexto organizativo del centro residencial en la calidad de vida** de las personas usuarias.

La introducción de las variables individuales en el modelo 1 reduce de forma notable la varianza entre centros (CPV = 13,7%), lo que sugiere que parte de las diferencias observadas inicialmente entre centros se debe a un efecto composicional, asociado a la distinta distribución de características personales de las personas residentes (casemix).

En el siguiente paso, al introducir las variables de nivel de centro disponibles (modelo 2), la varianza entre centros apenas se reduce adicionalmente y **ninguna de las variables estructurales del centro consideradas (tamaño, titularidad, ubicación, tipo de gestión o entorno socio-económico) muestra una asociación estadísticamente significativa con la CVRC**. Este resultado indica que estas características, al menos tal y como han podido ser medidas en este estudio, tienen una capacidad limitada para explicar las diferencias en CVRC entre centros.

La incorporación de las variables relativas a la Atención Centrada en la Persona (ACP) en el modelo 3 incrementa de forma sustancial la capacidad explicativa del modelo y reduce nuevamente la varianza entre centros. En este modelo, el R^2 marginal alcanza un valor aproximado de 0,30, mientras que el R^2 condicional se sitúa en torno a 0,40, lo que refleja una mejora clara en la explicación de las diferencias en CVRC al incorporar estas prácticas asistenciales.

Tabla 44. Resumen de varianza y R^2 por pasos (casos con información completa, N=982; centros=57)

Modelo	σ^2	τ_{00} (centro)	CPV	R^2 marginal	R^2 condicional
m0 (vacío)	0,0198	0,0045	0,183	0	0,183
m1 (individual)	0,0161	0,0026	0,137	0,198	0,308
m2 (centro)	0,0161	0,0029	0,152	0,211	0,331
m3 (ACP indiv.)	0,0144	0,0022	0,134	0,303	0,396
m3a (ACP centro)	0,0161	0,0018	0,103	0,277	0,351

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Finalmente, en una variante adicional del modelo (modelo 3a), las variables de ACP se introducen como indicadores agregados a nivel de centro, expresados como el porcentaje de residentes que reportan determinadas prácticas de personalización de la atención y centrados en la media del conjunto de centros, para facilitar la interpretación de los coeficientes de regresión. Este enfoque permite aproximar la ACP como una práctica organizativa, reduciendo el solapamiento entre la percepción individual de la atención y la propia valoración de la calidad de vida.

En este modelo 3a, la varianza entre centros se reduce aún más, con un CPV en torno al 10%, lo que indica que **una parte relevante de las diferencias en CVRC entre centros se asocia con el grado de implantación de prácticas de ACP**. En particular, los resultados muestran que los centros en los que un mayor porcentaje de residentes considera que sus deseos y preferencias se tienen muy en cuenta, así como aquellos con mayor participación comunitaria percibida, tienden a presentar niveles más altos de CVRC, incluso tras controlar por las características individuales de las personas residentes.

En conjunto, estos resultados sugieren que, **más allá de las características personales de las personas usuarias, el modo en que los centros organizan y aplican prácticas de Atención Centrada en la Persona constituye un factor clave para explicar las diferencias en CVRC entre residencias**, mientras que las características estructurales de los centros analizadas muestran un papel más limitado.

4.3.4. Estimación del efecto de los factores de nivel individual

Las variables referidas a características y circunstancias individuales de las personas residentes explican buena parte de las diferencias en CVRC. Los resultados del modelo 1 indican que el sexo, el grado de dificultad para las actividades de la vida diaria, el malestar emocional y la posibilidad de salir del centro influyen significativamente en la calidad de vida. Además, los resultados muestran que las personas que responden solas o hacen comentarios de viva voz valoran su CVRC significativamente peor. El efecto se estima en una reducción del 3,7% sobre el CVRC medio ($-0,028$; $p=0,003$).

En el modelo final estimado (incluyendo las variables de centro y relativas a la ACP) las características y circunstancias personales que más influyen en la CVRC son las siguientes:

- **El grado de dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)** es uno de los factores que más negativamente influyen en la CVRC. Se observa una relación inversa y estadísticamente significativa: por cada punto adicional en la escala de dificultad (0–18), la CVRC se reduce, de media, en torno a 0,005 puntos ($\beta = -0,005$; $p < 0,001$).

Así, por ejemplo, una persona con dificultades en tres actividades de la vida diaria tendría una CVRC aproximadamente 0,015 puntos inferior a la de una persona sin dificultades, manteniendo constantes el resto de las variables.

- **El malestar emocional** tiene un impacto especialmente relevante sobre la calidad de vida. Las personas que manifiestan sentirse leve o moderadamente ansiosas o deprimidas presentan una CVRC significativamente menor, con una reducción media en torno a 0,045 puntos, en comparación con quienes no presentan estos síntomas.

Este efecto se intensifica notablemente en el caso de las personas que declaran sentirse muy o extremadamente ansiosas o deprimidas, cuya CVRC es, de media, aproximadamente 0,15 puntos inferior, lo que supone una reducción cercana al 18–20 % respecto al valor medio del índice. Estos resultados confirman la importancia del bienestar emocional como determinante clave de la CVRC en contextos residenciales.

- Las **dificultades relacionadas con la memoria** también se asocian de forma significativa con una menor calidad de vida. En comparación con las personas que valoran su memoria como buena, muy buena o excelente, aquellas que la consideran mala o regular presentan una CVRC aproximadamente 0,03 puntos inferior ($\beta = -0,03$; $p = 0,001$), una vez controladas el resto de las características personales y contextuales.
- Aunque las **diferencias por sexo** son reducidas, los modelos ajustados muestran un pequeño efecto negativo significativo asociado al sexo masculino. Una vez controlado el grado de dificultad para las AVD y el resto de las variables, los hombres presentan una CVRC ligeramente inferior, con una diferencia media en torno a $-0,02$ puntos. Este resultado indica que la CVRC media ligeramente más alta observada entre los hombres en los análisis descriptivos se explica, en realidad, por su menor nivel de limitaciones funcionales.
- La **posibilidad de salir del centro cuando se desea o se necesita** es uno de los factores individuales que ejerce un efecto positivo más claro sobre la calidad de vida. En comparación con quienes no pueden salir o lo hacen rara vez, las personas que pueden salir “casi siempre” presentan una CVRC aproximadamente 0,05 puntos superior, mientras que aquellas que pueden salir “siempre” muestran un incremento cercano a 0,08 puntos, manteniendo constantes el resto de las variables. Este resultado pone de relieve la importancia de la autonomía y la conexión con el entorno como elementos centrales del bienestar en residencias.
- Finalmente, la **forma en la que se responde al cuestionario** también muestra un efecto significativo. Las personas que responden solas o realizan comentarios de viva voz du-

rante la entrevista tienden a valorar su CVRC de forma ligeramente más negativa, con una reducción media de alrededor de 0,03 puntos en la CVRC.

Las variables relativas al número de visitas de familiares y el tipo de apoyo que reciben del entorno para la vida diaria en el centro o para gestiones externas influyen positivamente en la CVRC de las personas residentes, aunque los efectos estimados no alcanzan significatividad estadística.

Tabla 45. Estimación del efecto de las características y circunstancias personales de las residentes en la CVRC en el modelo final estimado (modelo 3A, N= 982)

Parámetro	Coef.	Error est.	IC inf.	IC Sup.	t	p
(Intercepto)	0,811	0,044	0,726	0,896	18,630	<0,001***
Sexo: Hombre	-0,021	0,009	-0,039	-0,003	-2,260	0,024**
Grupos de edad: 75 a 89 años	0,003	0,012	-0,021	0,027	0,217	0,828
Grupos de edad: 90 años o más	0,003	0,014	-0,024	0,030	0,209	0,834
Grado dificultad AVD (máx. 18)	-0,006	0,001	-0,008	-0,004	-5,841	<0,001***
Memoria mala o regular: Sí	-0,032	0,010	-0,052	-0,013	-3,255	0,001***
Leve o moderadamente ansioso/a o deprimido/a	-0,046	0,009	-0,064	-0,028	-5,048	<0,001***
Muy o extremadamente ansioso/a o deprimido/a	-0,151	0,021	-0,193	-0,109	-7,051	<0,001***
>= 30 visitas al mes	0,010	0,011	-0,011	0,031	0,955	0,340
Apoyo familiar para AVD o comunicación con el centro: sí	0,003	0,010	-0,017	0,024	0,306	0,760
Apoyo familiar para gestiones fuera del centro: Sí	0,010	0,013	-0,015	0,035	0,766	0,444
Posibilidad de salir a la calle: Casi siempre	0,047	0,012	0,023	0,070	3,935	<0,001***
Posibilidad de salir a la calle: Siempre	0,080	0,012	0,056	0,104	6,462	<0,001***
Posibilidad de salir a la calle: No responde	0,052	0,027	0,000	0,105	1,955	0,051†
Cómo responde al cuestionario: Responde solo/a o hace comentarios	-0,027	0,009	-0,045	-0,010	-3,029	0,003**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $0,001 < p \leq 0,01$; * $0,01 < p \leq 0,05$; † $0,05 < p \leq 0,1$

En conjunto, los resultados confirman que la CVRC depende en gran medida de factores individuales vinculados a la autonomía funcional, el bienestar emocional, el estado cognitivo y las oportunidades de participación en la vida cotidiana. Entre ellos, el malestar emocional y la posibilidad de salir del centro destacan como dos de los factores con mayor impacto potencialmente modificable, lo que refuerza su relevancia desde la perspectiva de la planificación y mejora de la atención en los centros residenciales.

4.3.5. Estimación del efecto de los factores de nivel de centro (modelo 2)

Una vez controladas las características y circunstancias individuales de las personas residentes, se han analizado los factores de nivel de centro con el objetivo de identificar en qué medida determinadas características organizativas o estructurales contribuyen a explicar las diferencias en CVRC entre centros residenciales.

Los resultados de los modelos multinivel muestran que, **en conjunto, las variables estructurales del centro incluidas en el análisis presentan una capacidad explicativa limitada**. En particular, ninguna de las variables relativas al tamaño del centro, la titularidad, el tipo de gestión, la ubicación territorial (zona urbana o rural) o el nivel de privación socioeconómica del entorno alcanza significación estadística en los modelos ajustados.

Tabla 46. Estimación del efecto de las características del centro en la CVRC (modelo 2, N= 914)

Parámetro	Coefficiente	Error est.	IC inf.	IC Sup.	t	p
Tamaño del centro: 61-110 plazas	0,009	0,021	-0,031	0,050	0,452	0,652
Tamaño del centro: 111 plazas o más	0,024	0,026	-0,026	0,074	0,934	0,351
Titularidad: Privadas SFL	0,069	0,040	-0,010	0,147	1,711	0,087 †
Titularidad: Sociedades Anónimas	0,009	0,041	-0,072	0,089	0,208	0,835
Titularidad: Otras privadas mercantiles	0,014	0,041	-0,066	0,094	0,344	0,731
Gestión: Foral integrada	-0,020	0,033	-0,086	0,045	-0,611	0,541
Gestión: Otras	-0,035	0,038	-0,110	0,041	-0,905	0,366
Zona urbana	0,004	0,027	-0,049	0,057	0,157	0,875
Sección censal con privación socioeconómica alta	-0,027	0,021	-0,068	0,014	-1,281	0,200
Ratio encuestados/as en el centro	-0,019	0,013	-0,045	0,008	-1,391	0,165

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $0,001 < p \leq 0,01$; * $0,01 < p \leq 0,05$; † $0,05 < p \leq 0,1$

Desde el punto de vista de la explicación de la varianza, la introducción de las variables de nivel de centro en el modelo 2 no reduce de forma apreciable la varianza residual ni la varianza entre centros con respecto al modelo que solo incorpora variables individuales. De hecho, el coeficiente de partición de la varianza (CPV) se mantiene en valores similares, lo que indica que **las características estructurales del centro consideradas en este estudio no capturan adecuadamente la heterogeneidad existente entre centros en términos de calidad de vida.**

Teniendo en cuenta que, como se ha indicado, hasta un 10-18% de las diferencias en CVRC entre personas residentes podrían explicarse por factores relacionados con el centro, futuras ediciones de la encuesta deberían explorar características adicionales de los centros, ya sean de carácter estructural (tipo de alojamiento, ratio de personal, disponibilidad de espacio) o relativas a la organización de los cuidados y las prácticas asistenciales.

En consecuencia, los resultados del modelo de nivel de centro ponen de manifiesto la necesidad de avanzar en la recogida y análisis de información más directamente vinculada a las condiciones de vida, los procesos de atención, la organización interna de los centros y las prácticas cotidianas de cuidado, como vía prioritaria para comprender y reducir las diferencias en CVRC entre residencias.

4.3.6. Estimación del efecto de la personalización de la atención (modelo 3)

Una vez controladas las características individuales de las personas residentes y las variables estructurales del centro, se han incorporado al modelo las variables relativas a la personalización de la atención, entendidas como prácticas asistenciales directamente vinculadas a la experiencia cotidiana de los cuidados. Este paso permite evaluar en qué medida la Atención Centrada en la Persona (ACP) contribuye a explicar las diferencias observadas en CVRC, tanto desde la perspectiva individual como desde una aproximación organizativa.

a) Efectos de la ACP a nivel individual (modelo 3)

Los resultados del modelo que incorpora las variables de ACP medidas a partir de la percepción individual de las personas residentes muestran una mejora sustancial de la capacidad explicativa del modelo. En este paso, el R^2 marginal se incrementa hasta situarse en torno a 0,30, y la varianza entre centros se reduce de forma apreciable, lo que indica **que parte de la heterogeneidad inicialmente atribuida al centro se explica por diferencias en la percepción sobre el grado de personalización de la atención.**

Entre las variables de ACP consideradas, **destaca especialmente el grado en que las personas profesionales tienen en cuenta los deseos y preferencias de las personas residentes**. Las personas que perciben que sus preferencias se tienen “mucho” en cuenta presentan una CVRC significativamente más alta, con un incremento que se sitúa, de media, en torno a 0,11–0,12 puntos, en comparación con aquellas que consideran que sus preferencias no se tienen en cuenta o se tienen poco en cuenta. Este efecto constituye uno de los de mayor magnitud entre todas las variables incluidas en el modelo.

La inclusión en el Plan de Atención Individualizada (PAI) de aspectos que son importantes para la persona también muestra una asociación positiva con la calidad de vida, aunque de menor magnitud. Las personas cuyo PAI recoge “todas o casi todas” las cosas importantes para ellas presentan valores de CVRC significativamente más altos que aquellas cuyo plan recoge solo algunas o ninguna de estas cuestiones.

Tabla 47. Estimación del efecto de la percepción (individual) sobre la implantación de ACP en el centro (modelo 3, N= 982)

Parámetro	Coefficiente	Error est.	IC inf.	IC Sup.	t	p
Incluye su PAI cosas importantes: Todas o casi todas	0,027	0,009	0,008	0,046	2,837	0,005**
Participación en el PAI: Sí	0,008	0,010	-0,012	0,027	0,763	0,446
Las personas que le cuidan tienen en cuenta sus deseos: Algo	0,050	0,017	0,016	0,084	2,895	0,004**
Las personas que le cuidan tienen en cuenta sus deseos: Mucho	0,115	0,017	0,081	0,149	6,696	<0,001***
Participación comunitaria en el centro: Poco o algo	-0,009	0,014	-0,037	0,019	-0,615	0,539
Participación comunitaria en el centro: Mucho	0,018	0,015	-0,012	0,048	1,189	0,235

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $0,001 < p \leq 0,01$; * $0,01 < p \leq 0,05$; † $0,05 < p \leq 0,1$

Otros aspectos de la ACP, como la participación en la elaboración del PAI o la participación comunitaria percibida, muestran asociaciones positivas, pero no siempre alcanzan significación estadística en este modelo, lo que sugiere una mayor heterogeneidad en su implantación o en su impacto percibido.

b) ACP como práctica organizativa del centro (modelo 3a)

Con el objetivo de aproximar la ACP como una característica organizativa del centro, y de reducir el solapamiento conceptual entre la percepción individual de la atención y la propia valoración de la CVRC con ASCOT, se ha estimado una variante adicional del modelo (modelo 3a) en la que las variables de ACP se introducen como indicadores agregados a nivel de centro, expresados como el porcentaje de residentes que reportan determinadas prácticas y centrados en la media del conjunto de centros.

Los resultados de este modelo confirman que **algunas dimensiones de la ACP, entendidas como prácticas compartidas en el centro, se asocian de forma significativa con la calidad de vida**. En particular, los centros en los que un mayor porcentaje de residentes considera que sus deseos y preferencias se tienen muy en cuenta presentan valores más altos de CVRC, incluso tras controlar por las características individuales de las personas residentes. De media, un punto porcentual de incremento sobre la media en el porcentaje de residentes que perciben que sus preferencias son muy tenidas en cuenta incrementa la CVRC 0,104 puntos ($p=0,04$). Asimismo, cada incremento de un punto porcentual sobre la media en la proporción de residentes que consideran que hay mucha participación comunitaria en el centro se asocia, de media, con 0,096 puntos de incremento en la CVRC.

Tabla 48. Estimación del efecto las prácticas de ACP a nivel de centro (modelo 3A, N= 982)

Parámetro	Coefficiente	Error est.	IC inf.	IC Sup.	t	p
Porcentaje de residentes que consideran que su PAI incluye todas o casi todas las cosas importantes (centrada en la media)	0,004	0,037	-0,069	0,077	0,109	0,914
Porcentaje de residentes que han participado en su PAI (centrada en la media)	0,044	0,040	-0,034	0,122	1,113	0,266
Porcentaje de residentes que consideran que sus cuidadores/as tienen muy en cuenta sus deseos (centrada en la media)	0,104	0,050	0,006	0,201	2,091	0,037**
Porcentaje de residentes que consideran que hay mucha participación comunitaria en el centro (centrada en la media)	0,096	0,039	0,020	0,173	2,474	0,014**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de Gipuzkoa.

Nota: *** $p \leq 0,001$; ** $0,001 < p \leq 0,01$; * $0,01 < p \leq 0,05$; † $0,05 < p \leq 0,1$

La introducción de estos indicadores agregados permite reducir aún más la varianza entre centros, situando el coeficiente de partición de la varianza en torno al 10%, lo que indica que **una parte relevante de las diferencias residuales entre centros puede atribuirse al grado de implantación de prácticas de ACP**.

Otros indicadores agregados, como el porcentaje de residentes que han participado en la elaboración de su PAI o cuyo plan incluye todas o casi todas las cosas importantes para ellos, muestran asociaciones positivas pero no estadísticamente significativas, lo que sugiere que su impacto puede depender de cómo estas prácticas se concretan en la relación cotidiana de cuidados.

En conjunto, los resultados muestran que **la Atención Centrada en la Persona constituye uno de los principales factores explicativos de las diferencias en CVRC entre centros residenciales, superando claramente la capacidad explicativa de las variables estructurales del centro analizadas**. La convergencia entre los resultados obtenidos desde la perspectiva individual y desde la aproximación agregada a nivel de centro refuerza la interpretación de la ACP como una palanca organizativa clave, susceptible de ser promovida mediante políticas de formación, supervisión y mejora de los procesos asistenciales. En este sentido, los resultados apuntan a que cómo se cuida —y en qué medida se conocen y respetan los deseos y preferencias de las personas— resulta más determinante para la CVRC que características estructurales como el tamaño, la titularidad o la ubicación del centro.

4.4. Discusión

Los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida en centros residenciales de Gipuzkoa muestran que las residentes encuestadas tienen un índice de CVRC alto, que depende fundamentalmente de sus circunstancias individuales (dificultad para AVD, situación emocional, estado cognitivo, sexo y posibilidad de salir del centro), pero también, en una proporción significativa, de factores asociados al centro en el que viven. En torno a un 18 % de la variabilidad observada en la CVRC se explica por diferencias entre centros, lo que subraya la relevancia del contexto organizativo en la experiencia de los cuidados.

Al margen de estos factores, los resultados muestran que la manera de responder al cuestionario (con o sin participación activa de la persona) afecta significativamente la valoración que se hace de la calidad de vida, de manera que en aquellos casos en los que existen indicios de que las respuestas de ASCOT reflejan la perspectiva de la propia persona, se valora una CVRC significativamente menor. Junto con esta circunstancia, es necesario considerar asimismo el efecto que ha podido tener en los resultados la presencia de las profesionales en el momento de cumplimentar el cuestionario, ya que las residentes podrían haberse sentido más cohibidas en su presencia, lo que podría dar lugar a una sobrevaloración de la calidad de los cuidados prestados.

Las personas entrevistadas tienen un **perfil de dependencia bajo en comparación con la población residencial en su conjunto**, lo que probablemente ha influido notablemente en esta valoración tan positiva de la calidad de vida. Tanto el elevado grado de autonomía de las personas entrevistadas, como el porcentaje de cuestionarios cumplimentados en relación con el número de plazas disponibles, relativamente elevado en algunos centros, sugiere la presencia en la muestra de centros muy heterogéneos desde la perspectiva del perfil de las personas atendidas. Dado que los resultados muestran que parte de la variabilidad en CVRC se corresponde con características de los centros, no de las personas, sería necesario que en futuras encuestas se recoja información más precisa acerca del tipo de alojamiento en el que vive cada persona y, concretamente, si se trata de centros modulares o equipamientos que incluyen apartamentos tutelados u otras modalidades de servicio de alojamiento de atención primaria.

En todo caso, los resultados muestran que, al margen de características como el sexo o el grado de dependencia para las actividades diarias, más difíciles de modificar, existen al menos dos circunstancias que serían modificables por parte de los centros y tienen un impacto significativo en la calidad de vida.

- Por una parte, **el control de los síntomas de ansiedad y depresión**, que ejerce un impacto negativo importante en la CVRC de las personas residentes, puede mejorarse mediante combinaciones de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que tendrían potencialmente un efecto positivo sustancial en la calidad de vida.
- Por otra parte, **ofrecer más oportunidades de salir a la calle cuando lo desean** también supondría una mejora sustancial en términos de calidad de vida, teniendo en cuenta que es uno de los factores que ejerce un efecto más positivo en las residentes. Aunque muchas de las residentes cuentan con apoyo familiar para salir del centro, en global, casi una de cada cuatro personas encuestadas indica que no pueden salir “nunca o casi nunca” que lo desean o necesitan, lo que otorga un amplio margen de mejora en términos de calidad de vida.

A nivel de centro, **ninguna de las variables relacionadas con el tamaño, la titularidad o la ubicación de los centros ha dado resultados significativos**, aunque algunos modelos sugieren una tendencia a una mejor CVRC en centros pequeños (menos de 60 residentes) y en zonas rurales.

Una característica de interés que se podría incorporar en futuros análisis es la ratio de personal. El análisis conjunto del efecto sobre la CVRC de las ratios de personal junto con las características de las personas residentes y datos objetivos sobre prácticas asistenciales en los centros puede ayudar a esclarecer en qué medida una mayor disponibilidad de personal tiene efectos independientes sobre la CVRC.

En efecto, en el presente análisis, las prácticas de Atención Centrada en la Persona (ACP) se revelan como uno de los factores más relevantes para explicar las diferencias en calidad de vida entre centros. Los modelos muestran que, tanto desde la percepción individual de las personas residentes como desde una aproximación agregada a nivel de centro, la ACP se asocia de forma consistente con una mayor CVRC. En particular, el hecho de que las personas perciban que sus deseos y preferencias son tenidos en cuenta en la atención cotidiana constituye uno de los efectos de mayor magnitud observados en todo el análisis.

La estimación de un modelo en el que las variables de ACP se incorporan como indicadores agregados a nivel de centro permite reforzar la interpretación de la ACP como una práctica organizativa, y no únicamente como una experiencia individual. Los resultados sugieren que **los centros en los que estas prácticas de personalización están más extendidas entre el conjunto de residentes tienden a presentar mejores niveles de calidad de vida**, incluso tras controlar por las características personales de las personas usuarias. Esta aproximación permite, además, reducir el solapamiento conceptual entre la percepción individual de la atención y la propia valoración de la calidad de vida, y pone de manifiesto la relevancia de promover una cultura de la ACP en los centros. En futuras ediciones de la encuesta, se podría incorporar un breve bloque sobre la relación persona–profesional (afinidad, confianza, continuidad) para distinguir mejor en-

tre el 'clima de ACP' del centro y la experiencia relacional individual, ambos potencialmente relevantes para la calidad de vida.

En conjunto, los resultados del estudio apuntan a una conclusión clara, y es que **las diferencias en CVRC entre centros residenciales no se explican tanto por el tipo de centro del que se trate, como por la manera en que se cuida en esos centros**. Las prácticas cotidianas de atención, la medida en que se conocen y respetan los deseos de las personas, y las oportunidades que se les ofrecen para participar y permanecer conectadas con la comunidad parecen desempeñar un papel más decisivo que las características estructurales de los centros.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, estos hallazgos refuerzan la relevancia de orientar los esfuerzos de mejora hacia la implantación efectiva de la Atención Centrada en la Persona, mediante estrategias que combinen formación del personal, revisión de los procesos asistenciales, liderazgo organizativo y sistemas de evaluación que permitan monitorizar de forma sistemática la experiencia de las personas usuarias. Asimismo, los resultados subrayan el potencial de la CVRC como indicador para la evaluación comparativa de centros y para el diseño de una futura agencia de evaluación de los servicios sociales, capaz de incorporar de forma explícita la voz de las personas atendidas en la mejora continua del sistema.

5. Implicaciones de los resultados

5.1. La medición de la calidad de vida en el marco de la Agenda 2030 en Gipuzkoa

La medición de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia en Gipuzkoa mediante una herramienta internacionalmente homologada constituye un avance de relevancia en la consolidación del modelo guipuzcoano de cuidados. Se trata de una **iniciativa pionera en nuestro entorno**, tanto a nivel autonómico como estatal, puesto que es la primera vez que en Euskadi y en el Estado español una institución pública con competencias en materia de cuidados encuesta a una amplia muestra de personas usuarias utilizando esta escala de calidad de vida. De hecho, se trata de la primera utilización masiva y generalizada de la escala ASCOT-SC4 en español, que ha venido acompañada, además, de la **elaboración y validación de una versión de la misma encuesta en euskera**.

La utilización de esta herramienta para la medición de la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales contribuye de forma decisiva al desarrollo de la **Agenda de Cuidados Gipuzkoa 2020/2030**, uno de cuyos principales objetivos es el de desarrollar un nuevo modelo de evaluación de los cuidados y monitorización de las políticas sociales.

Los análisis del informe respaldan que **ASCOT es una medida válida y útil para captar la calidad de vida relacionada con los cuidados** (CVRC) en Gipuzkoa, tanto en domicilios como en residencias. ASCOT sintetiza dominios claramente sensibles a la calidad de la atención social (por ejemplo, higiene personal, seguridad, control sobre la vida diaria, participación social y dignidad) y, por tanto, permite centrar la evaluación en resultados relevantes para las personas, no solo en la actividad realizada o los recursos invertidos.

Una señal importante de validez es que el **índice se comporta como cabría esperar cuando se relaciona con necesidades y circunstancias** que, de manera consistente, afectan al bienestar en la vida diaria. En domicilios, cuando se controla por un conjunto amplio de variables, la dependencia aparece asociada a una menor calidad de vida, es decir, a mayor dependencia, menor ASCOT, con un efecto negativo claro y estadísticamente significativo. Este patrón es coherente con el marco conceptual del informe: las limitaciones funcionales incrementan la dificultad para mantener rutinas y roles cotidianos, y por tanto tienden a reducir resultados en las dimensiones que mide ASCOT.

La constatación de la validez de ASCOT adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta **el carácter experimental de esta encuesta** y las limitaciones que se derivan de ese carácter experimental, en cuanto a la administración de la encuesta, la obtención de una tasa suficiente de respuesta o el acceso a los datos administrativos adecuados. También hay que tener en cuenta las dificultades relacionadas con la atribución de un impacto determinado a los diferentes servicios y prestaciones –objetivo básico de esta encuesta en el marco de la apuesta de la Diputación por la evaluación y la práctica basada en la evidencia–, cuando la propia asignación de los servicios está condicionada por las preferencias de las personas, los niveles de necesidad y por otras características personales como la capacidad económica individual o el nivel de apoyo familiar.

Puede decirse en resumen que, con esta investigación, Gipuzkoa dispone de una base sólida para avanzar **hacia un enfoque de calidad orientado a resultados**, usando ASCOT como indicador común y comparable de calidad de vida relacionada con los cuidados. Esto permite, por ejemplo, pasar de medir “cuántas horas” o “cuántas prestaciones” a medir “qué se consigue” en la vida cotidiana de las personas. Lógicamente, esta aproximación debe complementarse con otras herramientas para evaluar la calidad de la atención que se presta por parte de los centros y servicios, mediante un sistema adecuado de criterios de calidad, y para analizar la implantación y el despliegue de los diferentes servicios y prestaciones a escala municipal y comarcal.

5.2. Implicaciones de los resultados respecto al diseño del sistema de cuidados en Gipuzkoa

La primera de las conclusiones que se deriva del análisis realizado es que **las características individuales de las personas** –su salud, su nivel de dependencia, su memoria, su situación socioeconómica, su red de apoyo familiar...– influyen más que los servicios recibidos o las prácticas asistenciales en su calidad de vida. Sin embargo, los análisis realizados también ponen de manifiesto el impacto diferencial de los servicios y prestaciones que se reciben, en el caso de los domicilios, y de las prácticas asistenciales, en el caso de los centros residenciales.

En el caso de los **centros residenciales**, los resultados muestran que **la Atención Centrada en la Persona constituye uno de los principales factores explicativos de las diferencias en calidad de vida** relacionada con los cuidados entre centros residenciales, superando claramente la capacidad explicativa de las variables estructurales del centro analizadas. De hecho, los datos ponen de manifiesto que determinadas características de los centros residenciales consideradas habitualmente relevantes en lo que se refiere a la calidad de la atención –como, por ejemplo, la titularidad de los centros¹⁷– no tienen un efecto perceptible en los niveles de calidad de vida de las personas usuarias.

En lo que se refiere a las **características personales**, los resultados obtenidos en las residencias muestran que, al margen de características como el sexo o el grado de dependencia para las actividades diarias, más difíciles de modificar, existen al menos dos circunstancias que serían modificables por parte de los centros y tienen un impacto significativo en la calidad de vida.

- Por una parte, el control de los **síntomas de ansiedad y depresión**, que ejerce un impacto negativo importante en la calidad de vida de las personas residentes, puede mejorarse mediante combinaciones de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que tendrían potencialmente un efecto positivo sustancial en la calidad de vida.
- Por otra parte, ofrecer **más oportunidades de salir a la calle** cuando lo desean también supondría una mejora sustancial en términos de calidad de vida, teniendo en cuenta que es uno de los factores que ejerce un efecto más positivo en las residentes. Aunque muchas de las residentes cuentan con apoyo familiar para salir del centro, en global, casi

¹⁷ Una característica de interés que se podría incorporar en futuros análisis es la ratio de personal. El análisis conjunto del efecto sobre la calidad de vida de las ratios de personal junto con las características de las personas residentes y datos objetivos sobre prácticas asistenciales en los centros puede ayudar a esclarecer en qué medida una mayor disponibilidad de personal tiene efectos independientes sobre la calidad de vida relacionada con los cuidados.

una de cada cuatro personas encuestadas indica que no pueden salir “nunca o casi nunca” que lo desean o necesitan, lo que otorga un amplio margen de mejora en términos de calidad de vida.

En conjunto, los resultados del estudio en residencias apuntan a una conclusión clara: **las diferencias en calidad de vida entre centros residenciales no se explican tanto por el tipo de centro del que se trate, como por la manera en que se cuida en esos centros**. Las prácticas cotidianas de atención, la medida en que se conocen y respetan los deseos de las personas, y las oportunidades que se les ofrecen para participar y permanecer conectadas con la comunidad parecen desempeñar un papel más decisivo que las características estructurales de los centros.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, estos hallazgos refuerzan la **relevancia de orientar los esfuerzos de mejora hacia la implantación efectiva de la Atención Centrada en la Persona**, mediante estrategias que combinen formación del personal, revisión de los procesos asistenciales, liderazgo organizativo y sistemas de evaluación que permitan monitorizar de forma sistemática la experiencia de las personas usuarias. Asimismo, los resultados subrayan el potencial de la CVRC como indicador para la evaluación comparativa de centros y para el diseño de una futura agencia de evaluación de los servicios sociales, capaz de incorporar de forma explícita la voz de las personas atendidas en la mejora continua del sistema.

En el caso de los **domicilios**, los resultados son ambivalentes.

Los análisis muestran, en primer lugar, que **los diferentes servicios se destinan a personas con perfiles distintos, con diferentes condicionantes para el uso de los recursos (en especie o en dinero), y con diferentes niveles de apoyo informal**. Esto ayuda a entender por qué no aparece un efecto simple que relaciona directamente el tipo de servicio o prestación con la calidad de vida: el servicio o prestación que una persona recibe depende conjuntamente de las necesidades y preferencias específicas, de manera que el perfil de la población usuaria de cada servicio es diferente, y el “rendimiento” de cada servicio o prestación está condicionado esencialmente por ese perfil poblacional.

En segundo lugar, los análisis muestran que la calidad de vida en los domicilios está determinada, además de por las características individuales de cada persona, por la cantidad y la frecuencia de la ayuda formal e informal recibida. En otras palabras, **la calidad de vida no depende esencialmente de los servicios y prestaciones que ofrecen los servicios sociales, sino del conjunto de apoyos familiares y profesionales que la persona recibe en su domicilio** (y que en escasísimas ocasiones se limita al sistema público de Servicios Sociales). Desde esa perspectiva, cabe pensar que los diferentes servicios y prestaciones actúan de forma diferente: el SAD y la PECEF parecen relacionarse con una reducción de la cantidad total de ayuda recibida, mientras que la PEAP y, particularmente, el centro de día (CD) se asocian a un incremento en la frecuencia de la ayuda.

Uno de los datos que apunta con mayor claridad a la importancia del conjunto de los apoyos, y no sólo de los que ofrece el sistema de servicios sociales, es el que indica que **no existen diferencias en términos de calidad de vida entre las personas que reciben servicios y prestaciones del sistema de atención a la dependencia y las que no lo hacen**. Esto se debe a que, en general, el nivel de apoyo global (formal e informal) que reciben las personas que no acceden al sistema es similar al de quienes sí lo hacen; la existencia de este nivel de apoyo informal explicaría precisamente, al menos en parte, el hecho de que no soliciten servicios o prestaciones formales.

En todo caso, **el acceso a unos u otros servicios y prestaciones no es neutral desde la perspectiva de la calidad de vida de las personas usuarias**. Así, el importe de la PECEF no presenta un efecto estadísticamente significativo sobre la calidad de vida, lo que indica que, una vez controlado el sesgo de selección mediante variables instrumentales, mayores niveles de gasto en este servicio no se traducen necesariamente en mejoras causales en la calidad de vida. De forma similar, las horas de SAD y los importes de PEAP tampoco muestran efectos significativos sobre la calidad de vida, reforzando la idea de que la intensidad del apoyo formal, por sí sola, tiene un impacto limitado sobre el bienestar cuando se consideran adecuadamente las características individuales. Sin embargo, recibir el servicio de CD sí muestra un efecto positivo y

estadísticamente significativo, lo que sugiere que este tipo de servicio puede tener un impacto causal favorable sobre la calidad de vida.

Estos resultados obligan a reflexionar sobre, al menos, las siguientes cuestiones:

- De una parte, la necesidad de **conocer en mayor detalle el conjunto de los apoyos que las personas reciben en el domicilio**, y su interacción. Los apoyos familiares y los que se prestan al margen del sistema de Servicios Sociales parecen jugar un papel esencial, lo que obliga a reforzar el apoyo que se presta a las personas que proveen estos apoyos.
- De otra, la necesidad de seguir avanzando en la evaluación del impacto de cada una de las prestaciones y servicios del catálogo del SAAD en la calidad de vida de las personas usuarias. Puede decirse en ese sentido **que solo en el caso de los centros de día se ha identificado un efecto positivo claro tanto en lo que se refiere a la frecuencia de la ayuda recibida como a la calidad de vida de las personas usuarias**. En el caso de las otras dos prestaciones que incluyen apoyo profesional —el SAD y la PEAP— es necesario estudiar con mayor detalle qué elementos de su diseño (la intensidad, las prácticas asistenciales, las características de las empresas proveedoras y/o las personas profesionales, etc.) pueden contribuir a una mayor calidad de vida. En todo caso, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, parece clara la necesidad de reflexionar sobre las limitaciones y fortalezas de estas dos prestaciones, que reciben, en exclusiva o en combinación con otros servicios, más de la mitad de las personas analizadas en domicilios.
- En el caso de la **PECEF**, parece claro que sus efectos positivos, si los tiene, se refieren a aspectos no analizados en este estudio, posiblemente como complemento a la renta del hogar. Es por tanto necesario reflexionar sobre los criterios de acceso a esta prestación, y sobre el papel que juega en el contexto del sistema de cuidados en Gipuzkoa.
- Por último, los resultados relacionados con los **centros de día** apuntan a un efecto positivo sobre la calidad de vida que —junto con otros elementos de valoración, como la capacidad del modelo de servicio actual para adaptarse a las preferencias de las personas y el grado de satisfacción de las personas usuarias y las familias— debería tenerse en cuenta a la hora de promover y ampliar su uso. En ese sentido, sería conveniente entender mejor en qué medida la calidad de vida que “produce” el servicio se sustenta en la provisión de un apoyo intenso (la prestación es de 8 horas diarias, en algunos casos 7 días a la semana) y en qué medida contribuyen otros elementos como el carácter grupal, el hecho de prestarse fuera del domicilio, etc. Este conocimiento contribuiría enormemente al actual debate acerca de la necesidad de flexibilizar el modelo de servicio en cuanto a horario y prestaciones técnicas ofrecidas.
- Los resultados sugieren por otra parte que la monitorización de la calidad de los servicios debería mirar más allá del tipo de servicio (SAD, PEAP, PECEF, CD) y captar mejor la intensidad efectiva del apoyo, tanto formal como informal, incorporando medidas de frecuencia y continuidad de ayuda, que parecen estar más conectadas con la calidad de vida. En paralelo, los modelos de asignación muestran perfiles distintos de acceso, lo que permite identificar **posibles oportunidades para focalizar en mayor medida los servicios que se prestan a cada perfil de usuario**: asegurar que las personas con deterioro cognitivo y dependencia tengan acceso oportuno a recursos diurnos cuando la salud lo permite, revisar cómo se combinan apoyos cuando existe red familiar, y vigilar posibles efectos de sustitución entre apoyo formal e informal, especialmente cuando el objetivo es sostener bienestar y no solo “cubrir mínimos”.

5.3. Recomendaciones para futuras oleadas de la encuesta

Teniendo en cuenta su **carácter experimental**, los positivos resultados de esta primera oleada de la Encuesta de Cuidados de Gipuzkoa, en términos de evaluación, apuntan a la necesidad de

mantener y mejorar esta línea de trabajo. En ese sentido, cabe apuntar las siguientes recomendaciones y sugerencias:

- Incluir mejor a **personas con deterioro cognitivo**, sin perder la perspectiva de la persona usuaria. En residencias, la mayoría de las personas encuestadas recibió ayuda para contestar el cuestionario y en domicilios también es frecuente. Esto hace recomendable un protocolo explícito para recoger respuestas de personas con deterioro cognitivo: entrevistas adaptadas (lenguaje más simple, pausas, ayudas visuales), y, cuando sea necesario, versiones para informante sustituto, idealmente registrando claramente quién responde qué, para distinguir percepción propia de observación del cuidador.
- Asegurar, en la medida de lo posible, que responda la persona usuaria. El modo de respuesta puede estar asociado a la CVRC observada. En residencias, quienes reciben ayuda y además hacen comentarios propios presentan un ASCOT medio más bajo que otros modos de respuesta, lo que puede reflejar mayor complejidad o también efectos del contexto de administración. Conviene reforzar **condiciones de privacidad y minimizar la influencia de personal del centro durante la entrevista**, especialmente en preguntas de experiencia y preferencias.
- **Homogeneizar en todo lo posible el procedimiento de recogida de información** en residencias y domicilios permitiría obtener un índice de calidad de vida directamente comparable para las personas en los dos entornos.
- **Estandarizar escalas y evitar inconsistencias de medición**. El informe detecta diferencias entre escalas de memoria en domicilios y residencias y la necesidad de homogeneizar categorías para comparar. Para futuras olas, la recomendación es usar exactamente las mismas categorías y redacción en ambos entornos o, si no es posible, diseñar desde el principio un puente de equivalencias validado.
- Revisar preguntas que han mostrado posibles **problemas de comprensión o registro**. Para evitar esos problemas, quizá podría ser conveniente incluir un submuestreo mediante encuestadores/as profesionales, que garanticen una mayor fiabilidad en las respuestas registradas.
- Tener en cuenta la **calidad de vida de las personas cuidadoras informales**. Otras oleadas de la encuesta podrían avanzar en la medición de la calidad de vida de las personas cuidadoras informales, así como de las personas cuidadoras formales, especialmente, las cuidadoras internas. Sería también conveniente poder analizar en qué medida la presencia de estas cuidadoras internas contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas cuidadoras y/o de las cuidadoras informales.
- **Diseño muestral orientado a comparaciones**. Si el objetivo es comparar entre áreas, a lo largo del tiempo o entre proveedores, se recomienda planificar tamaños muestrales mínimos por unidad de comparación (centros, zonas) y considerar sobremuestreo de subgrupos clave (p. ej., alta dependencia, deterioro cognitivo), para no depender de composiciones accidentales que dificulten la interpretación.
- Mantener y reforzar el enlace con **datos administrativos**. La integración con fuentes de gestión (uso e intensidad de SAD, cuantías de prestaciones) fortalece el análisis y ayuda a interpretar resultados. Para futuras olas, conviene asegurar procedimientos de consentimiento claros y consistentes, y una ventana temporal de referencia estable (por ejemplo, definir el mismo mes o trimestre de extracción) para hacer comparaciones longitudinales.
- Recoger **más características de los centros residenciales**. Aunque se han analizado un número importante de características como titularidad, tamaño, características del entorno (rural/urbano), no han mostrado una buena capacidad explicativa. Convendría recoger algunas características adicionales respecto al tipo de alojamiento (residencia/apartamento), el tipo de habitación (individual / doble) y los servicios o prestaciones técnicas ofrecidas. Crucialmente, sería necesario mejorar la información sobre ratios de

personal para confirmar los resultados preliminares obtenidos en este primer análisis, así como la información sobre los costes unitarios de cada centro.

- En esa línea, podría resultar interesante **cruzar los resultados** que se han obtenido en esta encuesta con los que se derivan del proceso de evaluación de la calidad de la atención en los centros residenciales en Gipuzkoa, actualmente en fase de desarrollo.
- También podría ser aconsejable **extender esta investigación a otros perfiles de población**, como las personas con menos de 60 años, fundamentalmente, o las que utilizan servicios no vinculados al sistema de dependencia, como los centros ocupacionales.
- Sería finalmente aconsejable **ampliar esta operación al conjunto de los Territorios Históricos de la CAPV**, con un doble objetivo: en primer lugar, comparar el impacto de los servicios y prestaciones en cada uno de los territorios, caracterizados por fórmulas organizativas y prácticas asistenciales muy diferentes; en segundo lugar, avanzar hacia la construcción de las herramientas comunes de investigación y evaluación que requiere el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez-Berjón, M. F., Borrell, C., Cano-Serral, G., Esnaola, S., Nolasco, A., Pasarín, M. I., Ramis, R., Saurina, C., & Escolar-Pujolar, A. (2008). Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria*, 22, 179-187.
- Merlo, J., Chaix, B., Ohlsson, H., Beckman, A., Johnell, K., Hjerpe, P., Råstam, L., & Larsen, K. (2006). A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: Using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 290-297. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.029454>
- Merlo, J., Chaix, B., Yang, M., Lynch, J., & Råstam, L. (2005). A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: Interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(12), 1022. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028035>
- Merlo, J., Wagner, P., Austin, P. C., Subramanian, S. V., & Leckie, G. (2018). General and specific contextual effects in multilevel regression analyses and their paradoxical relationship: A conceptual tutorial. *SSM - Population Health*, 5, 33-37. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.05.006>
- Merlo, J., Wagner, P., & Leckie, G. (2019). A simple multilevel approach for analysing geographical inequalities in public health reports: The case of municipality differences in obesity. *Health & place*, 58, 102145.