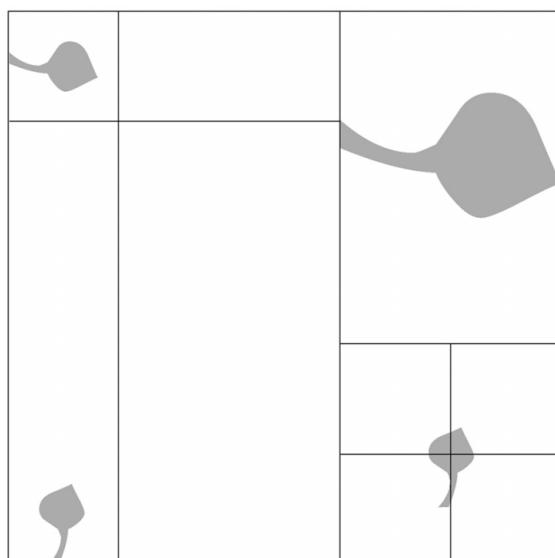


*Un modelo innovador de gobernanza multinivel
en la atención geriátrica rural: la respuesta
institucional de la Diputación de Lugo*



Pablo Rivera-Capón

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

DOI: 10.4422/ager.2026.04

ager

Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural
Journal of Depopulation and Rural Development Studies

Un modelo innovador de gobernanza multinivel en la atención geriátrica rural: la respuesta institucional de la Diputación de Lugo

Ideas clave:

1. Los Centros de Atención a Mayores de la Diputación de Lugo constituyen innovación en gobernanza colaborativa pública rural.
2. El modelo evidencia la capacidad de resiliencia institucional local ante la ausencia de financiación autonómica en servicios sociales geriátricos.
3. La "institucionalización permeable" permite mantener vínculos comunitarios y rutinas domésticas de los usuarios.
4. El acceso flexible basado en arraigo territorial trasciende paradigmas biomédicos de atención geriátrica.
5. La inversión exclusivamente local genera efectos multiplicadores revirtiendo dinámicas de despoblación territorial.

Resumen: En este estudio se analizan los Centros de Atención a Mayores de la Diputación de Lugo como caso paradigmático de innovación institucional periférica en cuidados de larga duración. El elemento distintivo del modelo (e hilo conductor analítico del artículo) es su gobernanza: una colaboración horizontal pública entre la Diputación y dieciocho ayuntamientos rurales, articulada mediante convenios interadministrativos y financiada exclusivamente con recursos locales ante la ausencia de cofinanciación autonómica. Sobre esta base, el estudio examina tres dimensiones: la arquitectura institucional y sus instrumentos jurídicos habilitantes; la materialización del paradigma de Atención Integral Centrada en la Persona mediante una "institucionalización permeable" que preserva vínculos comunitarios y continuidades biográficas; y la función de los centros como instrumentos de desarrollo rural sostenible, con efectos multiplicadores cuantificables: retorno fiscal del 60-66 % y veinticinco empleos por centro con el 80 % de contratación local. A partir de análisis documental de diez convenios, datos económicos de gestión y observación participante en cuatro centros, los resultados delimitan un umbral crítico de viabilidad de 30-40 plazas e identifican como tensión estructural central un déficit operativo de 3,6 millones anuales asumido por las haciendas locales, ofreciendo un modelo con potencial de transferibilidad a territorios con desafíos sociodemográficos similares.

Palabras clave: Cuidados de larga duración; Atención integral centrada en la persona; Despoblación; Envejecimiento en el lugar; Colaboración interadministrativa.

An Innovative Model of Multilevel Governance in Rural Geriatric Care: The Institutional Response of the Lugo Provincial Council

Highlights:

1. The Elderly Care Centers of Lugo Provincial Council constitute an innovation in rural public-public collaborative governance.

2. The model demonstrates local institutional resilience capacity in response to the absence of regional government funding for geriatric social services.
3. "Permeable institutionalization" allows users to maintain community bonds and domestic routines.
4. Flexible access based on territorial rootedness transcends biomedical paradigms of geriatric care.
5. Exclusively local investment generates multiplier effects reversing territorial depopulation dynamics.

Abstract: This study analyzes the Elderly Care Centres of the Provincial Council of Lugo as a paradigmatic case of peripheral institutional innovation in long-term care. The distinctive feature of the model (and the analytical thread of the article) is its governance: a horizontal public partnership between the Provincial Council and eighteen rural municipalities, structured through intergovernmental agreements and funded exclusively with local resources in the absence of regional co-financing. On this basis, the study examines three dimensions: the institutional architecture and its enabling legal instruments; the implementation of the Integrated Person-Centred Care paradigm through "permeable institutionalization" that preserves community ties and biographical continuity; and the role of the centers as instruments of sustainable rural development, with quantifiable multiplier effects: a fiscal return of 60–66 % and twenty-five jobs per center, with 80 % of hires being local. Based on a documentary analysis of ten agreements, economic management data, and participant observation at four centers, the results establish a critical viability threshold of 30–40 beds and identify as a central structural tension an annual operating deficit of 3.6 million euros borne by local governments, offering a model with the potential for transferability to territories facing similar sociodemographic challenges.

Keywords: Long-term care; Integrated Person-Centered Care; Depopulation; Aging in place; Intergovernmental collaboration.

Recibido: 18 de octubre de 2024
Devuelto para primera revisión: 17 de junio de 2025
Devuelto para segunda revisión: 22 de febrero de 2026
Aceptado: 21 de marzo de 2026

Cómo citar este artículo: Rivera-Capón, P. (2026). Un modelo innovador de gobernanza multinivel en la atención geriátrica rural: la respuesta institucional de la Diputación de Lugo. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (43), 127–180. <https://doi.org/10.4422/ager.2026.04>

Pablo Rivera-Capón. <https://orcid.org/0009-0005-7723-3130>
Correo electrónico: pabriviera@lugo.uned.es

1. Introducción

El envejecimiento poblacional y la despoblación rural constituyen dos de los mayores desafíos demográficos y sociales que enfrentan las sociedades europeas contemporáneas. En España, estos fenómenos presentan características particularmente agudas: el 23,1% de los municipios tienen más del 35% de su población mayor de 65 años, concentrándose principalmente en las áreas rurales del interior peninsular (INE, 2023). Esta realidad demográfica plantea interrogantes fundamentales sobre la provisión de servicios de cuidados de larga duración en territorios con baja densidad poblacional y recursos limitados.

La literatura académica ha documentado extensamente los desafíos de la atención geriátrica en el medio rural. Estudios previos han identificado barreras significativas como la escasez de servicios especializados (Scharf et al., 2016), las dificultades de acceso por dispersión geográfica (Winterton et al., 2016), y la migración del personal cualificado hacia áreas urbanas (Camarero y Sampedro, 2008). Esta pérdida de capital humano se ha intensificado con lo que González y López (2021) denominan la «segunda oleada de despoblación»: un éxodo interurbano de titulados universitarios desde las capitales de provincia hacia ciudades globales, fenómeno que agrava la ya precaria disponibilidad de profesionales cualificados en las regiones periféricas. A estas barreras estructurales se suma el trabajo invisible de las

mujeres rurales que, como documenta Alberdi (2007) en el caso del caserío vasco, asumen casi exclusivamente el cuidado de sus mayores, a menudo abandonando actividades laborales y enfrentándose a una sobrecarga que el propio autor describe como "asumida con resignación". En el contexto español, Vegas et al. (2022) cuantifican esta problemática al evidenciar que el 26 % de la población mayor de 65 años en Castilla y León reside en zonas situadas a más de 30 minutos de su hospital de referencia, confirmando la correlación entre envejecimiento rural y lejanía de servicios sanitarios. Tradicionalmente, las respuestas institucionales han oscilado entre dos polos: la centralización de servicios en núcleos urbanos, que implica el desarraigo de las personas mayores, o la dependencia de cuidados informales familiares, cada vez más insostenible debido a los cambios en las estructuras familiares y a la inequidad de género que perpetúa.

En este contexto, han emergido experiencias de modelos alternativos de atención que buscan conciliar la provisión de servicios de calidad con el mantenimiento de las personas mayores en su entorno. La urgencia de estos modelos se fundamenta en las evidencias sobre la ineficiencia estructural de la provisión tradicional en áreas rurales: los municipios de montaña afrontan costes un 7,2 % superiores (Vallés y Zárate, 2013), mientras que la baja densidad poblacional (muy inferior a los 2.800-4.500 hab./km² considerados óptimos) encarece significativamente la provisión de servicios básicos per cápita (Prieto et al., 2013). Esta brecha en el conocimiento es especialmente relevante en el contexto de las administraciones locales, que enfrentan el dilema de responder a necesidades crecientes con recursos decrecientes y la imposibilidad económica de mantener servicios tradicionales en territorios de baja densidad.

El caso de la provincia de Lugo presenta características que lo convierten en un objeto de estudio particularmente relevante. Con una densidad poblacional de 32,9 habitantes/km² y un índice de envejecimiento del 220,3 % (IGE, 2024), Lugo ejemplifica los desafíos extremos del envejecimiento rural. Las proyecciones demográficas prevén que varios municipios lucenses podrían quedar totalmente despoblados antes de 2052, con el 97 % de los ayuntamientos en categoría de zonas poco pobladas perdiendo entre el 26 % y el 100 % de su población actual (Toxo y López, 2024).

Ante la insuficiencia de la respuesta autonómica, la Diputación de Lugo desarrolló desde 2010 una red de Centros de Atención a Mayores (en adelante CAM) articulada mediante convenios interadministrativos con municipios rurales, que hoy

comprende dieciocho centros y una inversión de 45 millones de euros financiada exclusivamente con recursos locales. El interés analítico del modelo reside en la convergencia de tres dimensiones: una gobernanza horizontal pública que opera en un vacío competencial sin respaldo autonómico; la articulación del paradigma de la Atención Integral Centrada en la Persona (en adelante AICP) en condiciones que el modelo residencial convencional hace inviables; y una función territorial que combina generación de empleo local, economía circular y retención de población en municipios amenazados de despoblación. La articulación de estas dimensiones (y las tensiones que entre ellas genera la ausencia de financiación autonómica) constituye el hilo conductor del artículo.

Este estudio se propone analizar en profundidad el modelo CAM como caso paradigmático de respuesta institucional local a los desafíos del envejecimiento rural. Las preguntas de investigación que guían este trabajo son tres. Primera: ¿cómo se configura el modelo de gobernanza colaborativa pública entre la Diputación y los ayuntamientos, y a través de qué mecanismos institucionales implementa los principios del AICP en condiciones de alta ruralidad? Segunda: ¿qué impacto territorial y socioeconómico generan los CAM como instrumentos de desarrollo rural sostenible en los municipios donde se implantan? Tercera: ¿en qué condiciones estructurales (y con qué tensiones) puede sostenerse un modelo de cuidados de larga duración financiado exclusivamente con recursos locales en ausencia de cofinanciación autonómica? El análisis de estas cuestiones contribuye a comprender las posibilidades y límites de la innovación en políticas sociales cuando las administraciones locales asumen competencias que exceden su marco tradicional de actuación, ofreciendo evidencia empírica sobre un modelo cuya lógica podría ser transferible a otros territorios europeos con desafíos sociodemográficos similares.

2. Objetivos de la investigación

Este estudio examina el modelo de CAM desarrollado por la Diputación Provincial de Lugo como respuesta innovadora a la crisis de cuidados en territorios rurales envejecidos. La investigación busca comprender cómo las instituciones locales

articulan soluciones territorializadas ante vacíos competenciales y limitaciones presupuestarias estructurales.

2.1. *Objetivo general*

Analizar el modelo CAM como estrategia de gobernanza multinivel para la provisión de cuidados en la España rural vaciada, evaluando su configuración institucional, viabilidad socioeconómica y capacidad de generar innovación social en contextos de extrema vulnerabilidad demográfica.

2.2. *Objetivos específicos*

OE1. Examinar la arquitectura de gobernanza colaborativa Diputación-Ayuntamientos (mecanismos de cooperación, instrumentos jurídicos habilitantes, distribución de cargas financieras y criterios de priorización territorial), y analizar cómo este diseño lleva a la práctica el paradigma AICP en ayuntamientos de pequeño tamaño: criterios de acceso basados en vinculación territorial, gestión de perfiles heterogéneos de usuarios, y diseño de servicios que preserven redes sociales, identidad comunitaria y continuidades biográficas en entornos institucionalizados.

OE2. Evaluar el impacto territorial multidimensional de los CAM como instrumentos de desarrollo rural sostenible: cuantificar el empleo directo generado con atención a su composición de género y arraigo territorial; estimar el retorno fiscal y los efectos multiplicadores sobre las economías locales; y analizar la contribución del modelo a la retención de población y a la vitalidad socioeconómica de municipios en riesgo de despoblación, en la línea de lo que la literatura denomina "economía residencial" y "anclas económicas territoriales".

OE3. Determinar las condiciones estructurales de sostenibilidad y escalabilidad del modelo: esquema de financiación multinivel, umbrales críticos de viabilidad operativa (tamaño, ocupación, masa poblacional mínima), y proyecciones ante escenarios demográficos adversos, con atención específica a las implicaciones de la ausencia estructural de financiación autonómica para la equidad territorial en el acceso a cuidados de larga duración y para la replicabilidad del modelo.

3. Metodología

3.1. Diseño de la investigación y posicionamiento epistemológico

Esta investigación se fundamenta en un estudio de caso cualitativo en profundidad (Stake, 2005; Yin, 2018) sobre el modelo de CAM implementado por la Diputación de Lugo. La elección de este enfoque metodológico responde a la necesidad de examinar un fenómeno complejo de gobernanza multinivel en su contexto natural, donde los límites entre el fenómeno y su entorno no están claramente delimitados. El caso de los CAM constituye lo que Flyvbjerg (2006) denomina un "caso paradigmático", que permite iluminar dinámicas más amplias de innovación en políticas públicas subnacionales ante el reto del envejecimiento rural. Como señala Ragin (1992), los estudios de caso no buscan la representatividad estadística sino la significatividad teórica, permitiendo explorar la complejidad causal y los mecanismos específicos que operan en contextos particulares.

La naturaleza multidimensional del fenómeno estudiado (que abarca aspectos institucionales, económicos, sociales y culturales) requirió una aproximación metodológica igualmente compleja. Siguiendo los principios del realismo crítico (Archer et al., 2016), el diseño de investigación buscó identificar no solo los patrones observables sino también los mecanismos generativos subyacentes que explican el funcionamiento del modelo CAM. Esta perspectiva epistemológica reconoce la estratificación de la realidad social y la necesidad de métodos que puedan capturar tanto las estructuras como las agencias que configuran los fenómenos sociales.

Dentro de este marco, la pregunta sobre cómo se produce la innovación en la gobernanza multinivel constituyó un hilo conductor analítico específico que atraviesa el diseño metodológico en su conjunto. Desde la perspectiva del realismo crítico, dicha innovación no puede verificarse por simple declaración normativa o descripción formal de los acuerdos institucionales, sino que requiere ser rastreada a través de los mecanismos concretos mediante los cuales la colaboración interadministrativa genera formas de provisión que superan las limitaciones de los modelos convencionales: los instrumentos jurídicos que articulan la relación Diputación-Ayuntamientos, las fórmulas de cofinanciación y distribución del déficit operativo, los dispositivos de

coordinación técnica entre administraciones y los procesos de adaptación organizativa ante tensiones emergentes. El diseño combinó, en consecuencia, el análisis de los textos institucionales que formalizan estos mecanismos con la observación directa de su manifestación empírica, estableciendo una triangulación metodológica entre lo que las instituciones dicen qué hacen y lo que efectivamente ocurre en la práctica.

De igual modo, la dimensión político-competencial de la ausencia de financiación autonómica (un hallazgo analíticamente relevante tratado en el apartado 5.2.1 y de naturaleza sensible por su implicación en dinámicas de competencia intergubernamental) requirió una aproximación metodológica específica. Para abordarla con la evidencia disponible, se combinó el análisis jurídico-normativo de los marcos competenciales con el análisis de las narrativas institucionales emergentes durante el trabajo de campo (registradas en las notas de observación participante) y con los materiales generados en la sesión de "member checking" con técnicos provinciales y directoras de los centros.

3.2. Temporalidad y acceso al campo

El estudio se desarrolló entre enero y diciembre de 2024, periodo que permitió capturar un ciclo completo de funcionamiento de los centros, incluyendo variaciones estacionales en las dinámicas de uso y las rutinas institucionales. La extensión temporal del trabajo de campo fue crucial para superar lo que Burawoy (1998) denomina las "observaciones fragmentarias" y poder documentar procesos, tensiones y adaptaciones que solo emergen en la temporalidad extendida. El acceso al campo se facilitó a través de contactos institucionales con el Área de Bienestar Social de la Diputación de Lugo, que actuó como "portero" institucional sin condicionar el desarrollo de la investigación. Esta entrada formal se complementó con aproximaciones directas a los centros para garantizar múltiples perspectivas y evitar lo que Holstein y Gubrium (2008) identifican como el sesgo del acceso único.

3.3. Técnicas de recogida de datos

La investigación combinó cuatro estrategias complementarias de recolección de datos que se retroalimentaron mutuamente en un proceso iterativo: (1) análisis documental sistemático de fuentes primarias institucionales; (2) observación

participante en cuatro centros de atención a mayores; (3) recopilación de datos estadísticos secundarios para la contextualización sociodemográfica; y (4) análisis cuantitativo del impacto económico. Su articulación responde a la lógica de la triangulación metodológica (Patton, 2015), por la que la convergencia o divergencia de hallazgos procedentes de fuentes distintas enriquece la comprensión del fenómeno y robustece las inferencias analíticas.

3.3.1. Análisis documental sistemático

El análisis documental se realizó siguiendo los protocolos establecidos por Prior (2003) para el análisis de documentos en investigación social. El corpus documental incluyó cuatro tipos de fuentes primarias: (a) diez convenios de colaboración Diputación-Ayuntamientos del período 2010-2023; (b) cuatro memorias anuales completas del programa; (c) documentación presupuestaria de los nueve centros operativos en 2024; y (d) normativa reguladora autonómica y estatal, con especial atención a la Ley 13/2008 de Servicios Sociales de Galicia, el Decreto 149/2013 de la Cartera de Servicios Sociales, el Decreto 99/2012 de Servicios Sociales Comunitarios de Galicia y las disposiciones estatales de referencia en materia de contratación pública y régimen jurídico del sector público.

Los convenios de colaboración fueron analizados mediante técnicas de análisis de contenido categorial y temático (Mayring, 2014), codificados en torno a cuatro dimensiones analíticas: (i) distribución de responsabilidades entre administraciones y delimitación de competencias; (ii) mecanismos de coordinación técnica e institucional entre la Diputación y los Ayuntamientos; (iii) fórmulas de financiación, copago de usuarios y distribución del déficit operativo; y (iv) sistemas de evaluación y seguimiento del servicio. Esta codificación sistemática permitió reconstruir la arquitectura institucional del modelo y rastrear su evolución a lo largo del período analizado, identificando los mecanismos concretos (y los ajustes adaptativos ante tensiones emergentes) mediante los que la colaboración pública genera innovación en la gobernanza. Las memorias anuales se analizaron mediante análisis narrativo para identificar la evolución del discurso institucional sobre el modelo, sus objetivos y sus limitaciones, mientras que la documentación presupuestaria fue sometida a análisis financiero comparativo. La normativa reguladora se examinó mediante análisis jurídico-institucional con un doble propósito: contextualizar el marco competencial en el que operan los CAM, y evaluar analíticamente la posición de ambigüedad normativa (entre servicios básicos de competencia municipal y servicios especializados de competencia autonómica).

3.3.2. *Observación participante*

Se realizó observación participante en cuatro centros CAM seleccionados mediante muestreo teórico por criterios de máxima variación (Patton, 2015): antigüedad del centro (nuevo/antiguo), tamaño (entre 28 y 36 plazas), y ubicación geográfica (centro/montaña). Esta estrategia buscó capturar la heterogeneidad del fenómeno y permitir comparaciones constantes (Glaser y Strauss, 2017), garantizando que los hallazgos no resultaran efectos de un único contexto institucional o territorial específico.

El trabajo de campo comprendió ocho jornadas completas de observación (dos por cada centro), que sumaron 64 horas de presencia efectiva, distribuidas estratégicamente a lo largo del año para capturar variaciones en las dinámicas institucionales y estacionales. El rol adoptado fue el del observador participante periférico (Adler y Adler, 1987): presencia activa en las actividades cotidianas del centro (rutinas asistenciales, actividades de estimulación, comidas, reuniones de coordinación, festividades locales) sin asumir funciones asistenciales ni de gestión. Esta posición permitió maximizar la accesibilidad a las interacciones naturales y minimizar el efecto reactivo de la presencia investigadora, si bien no elimina completamente el riesgo de reactividad, que debe reconocerse como una limitación inherente al método.

El protocolo de observación (detallado en el Anexo 1) se articuló en torno a cuatro dimensiones analíticas. La primera, la integración comunitaria del centro, permitió evaluar empíricamente el constructo de "institucionalización permeable" mediante indicadores de circularidad entre el espacio institucional y el entorno local (Rowles y Bernard, 2013; Pani-Harreman et al., 2021). La segunda, los procesos de atención profesionalizada, documentó las interacciones cuidador-residente y la adaptación cultural de los protocolos, incluyendo la incorporación de referentes gastronómicos locales en las actividades terapéuticas, en conexión con la literatura sobre familiaridad alimentaria y bienestar (Hanssen y Kuven, 2016), y la teoría de continuidad (Atchley, 1989). La tercera dimensión, la coordinación con los servicios municipales, permitió documentar empíricamente la articulación concreta del modelo de gobernanza que los convenios formalizan en el plano normativo. La cuarta, la participación y autonomía de los usuarios, registró tanto los espacios formales de decisión colectiva como las formas de resistencia frente a los protocolos institucionales (Scott, 1985) y la inversión espontánea de las jerarquías cuidador-cuidado en situaciones de transmisión de saberes culturales locales.

Las notas de campo se elaboraron mediante un sistema de registro dual: anotaciones condensadas tomadas in situ, y descripciones expandidas redactadas inmediatamente después de cada sesión, siguiendo el modelo de Spradley (1980) y las recomendaciones de Emerson et al. (2011). El análisis de ambos registros siguió un proceso de codificación en dos fases: una codificación abierta inicial orientada a identificar categorías emergentes, y una codificación focalizada orientada a las categorías conceptuales centrales del estudio, siguiendo la lógica del análisis comparativo constante (Glaser y Strauss, 2017).

3.3.3. Datos secundarios y análisis de impacto económico

Para contextualizar el análisis cualitativo y triangular hallazgos, se recopilaron datos secundarios del Instituto Galego de Estatística sobre los cuatro municipios donde se realizó el trabajo de campo (Pedrafita do Cebreiro, Meira, A Fonsagrada y Castroverde). La Tabla 1 presenta los principales indicadores sociodemográficos de estos municipios, evidenciando la diversidad de contextos en los que operan los CAM estudiados. Estos datos permitieron explorar posibles asociaciones entre las características del modelo y las dinámicas sociodemográficas locales, aunque la naturaleza observacional de los datos impide establecer relaciones causales.

Tabla 1.
Indicadores de envejecimiento y dependencia en los municipios analizados
(2022)

Indicador	Pedrafita do Cebreiro	Meira	A Fonsagrada	Castroverde
Población total	972	1.745	3.223	2.579
Densidad (hab/km²)	9,3	37,5	7,4	14,8
% población >65 años	40,5	31,8	36,2	34,1
% población >80 años	18,3	12,7	15,4	14,2
Índice de envejecimiento	358,7	245,2	297,5	278,3
Índice de sobreenvjecimiento	45,2	39,9	42,5	41,7
Tasa de dependencia senil	82,6	58,7	69,4	65,2

Fuente: Instituto Galego de Estatística (IGE) y elaboración propia.

Para evaluar la dimensión económica de los CAM, se realizó una valoración del impacto económico inducido fundamentada en el análisis del potencial de consumo familiar derivado de los ingresos por salarios brutos. Este enfoque metodológico, basado en los modelos de impacto económico regional (Miller y Blair, 2009), permitió estimar no solo los efectos directos del empleo generado, sino también los efectos indirectos e inducidos en la economía local a través del consumo de los trabajadores residentes.

3.4. Análisis e interpretación de los datos

El proceso analítico adoptó una lógica abductiva (Timmermans y Tavory, 2012), moviéndose iterativamente entre los datos empíricos y el marco conceptual sobre gobernanza multinivel y políticas de cuidados. Las categorías teóricas centrales incluyeron: gobernanza colaborativa interadministrativa, innovación social local, envejecimiento en el lugar, sostenibilidad organizativa y dimensión comunitaria del cuidado. Esta aproximación permitió que dichas categorías informaran la interpretación de los datos mientras se mantenía la apertura a hallazgos emergentes que desafiaran o expandieran los marcos conceptuales previos.

Se implementó un proceso de "member checking" mediante una sesión de devolución con tres técnicos de la Diputación y las cuatro directoras de los centros en la que se discutieron hallazgos preliminares. Este proceso, que duró tres horas, no solo validó interpretaciones, sino que generó nuevos "insights" sobre las dinámicas del modelo, funcionando como una instancia adicional de generación de datos. Las discrepancias y matices surgidos en esta sesión se incorporaron al análisis final, enriqueciendo la comprensión del fenómeno. Cabe señalar, no obstante, que el "member checking" realizado con actores del ámbito institucional provincial y de los propios centros comporta el riesgo de una validación orientada hacia las perspectivas organizacionalmente dominantes, en detrimento de voces menos representadas (residentes, familiares, representantes de la administración autonómica), lo que refuerza la necesidad de incorporar en estudios futuros técnicas metodológicas que garanticen el acceso sistemático a dichas perspectivas.

3.5. Limitaciones del estudio

El estudio presenta las limitaciones propias de toda aproximación pionera a un campo emergente, limitaciones que, examinadas con detenimiento, señalan con precisión las vías más prometedoras de desarrollo futuro. El diseño transversal ofrece una fotografía rigurosa del estado actual del modelo y proporciona el anclaje empírico necesario para que estudios longitudinales posteriores puedan avanzar con solidez; la especificidad político-institucional de Lugo no resta valor a los hallazgos, sino que los dota de una profundidad contextual singular que convierte a los CAM en un caso de alto valor heurístico para territorios que busquen referencias contrastadas; la concentración del análisis en los centros operativos en 2024 permite, desde otra perspectiva, sistematizar la lógica de casos de éxito consolidados y transferibles; y la cantidad de horas de observación participante alcanzadas, han permitido documentar patrones robustos e ilustrar con solidez las dinámicas centrales del modelo, ofreciendo una base exploratoria fértil que investigaciones futuras con mayor densidad empírica podrán expandir y consolidar. En conjunto, las limitaciones del estudio no comprometen la validez de sus conclusiones, sino que perfilan una agenda de investigación cualitativa y comparada de considerable potencial.

4. Bases teórico-conceptuales

La comprensión del modelo CAM como fenómeno de innovación en gobernanza social exige situar el análisis en dos planos conceptuales diferenciados que la literatura aplicada sobre servicios sociales frecuentemente confunde. El primer plano corresponde a los paradigmas teóricos que orientan la investigación: el modelo de AICP y sus fundamentos en la gerontología ambiental y crítica, por un lado, y las teorías del desarrollo territorial que incorporan los servicios de cuidado como variable explicativa junto con el análisis de la gobernanza multinivel, por otro. El segundo plano corresponde a la contextualización institucional del caso, es decir, a la construcción concreta mediante la cual la Diputación de Lugo ha intentado llevar a la práctica esos principios en las condiciones específicas de los entornos rurales de baja densidad. La confusión entre ambos planos oscurece las condiciones bajo las cuales el conocimiento empírico generado por un caso singular puede iluminar dinámicas de

alcance más general. Los subapartados 4.1 y 4.2 desarrollan el marco teórico en sus dos dimensiones; el subapartado 4.3 describe el modelo institucional como objeto de análisis empírico.

4.1. El paradigma de la AICP: transformación epistemológica y fundamentos gerontológicos

El paradigma de la AICP emerge, desde los países nórdicos en los años noventa (Edvardsson et al., 2008), como respuesta a una insatisfacción creciente con los fundamentos epistemológicos del modelo biomédico-asistencialista que había organizado la atención geriátrica residencial durante décadas. Comprender el alcance de esta transformación requiere ir más allá de la formulación general según la cual el nuevo paradigma propone una visión "holística" del envejecimiento: exige precisar en qué consiste la insuficiencia del modelo que desplaza, y qué categorías teóricas articula para superarla.

El modelo biomédico organiza la atención en torno al déficit funcional y la patología clínica. En él, la persona mayor es fundamentalmente un paciente cuyas necesidades son definidas por categorías diagnósticas y cuya atención se estandariza en protocolos derivados de la evidencia clínica. Esta lógica produce formas de cuidado técnicamente competentes en la gestión de la enfermedad, pero incapaces de atender las dimensiones biográficas, relacionales y territoriales del envejecimiento. Como documentan Díaz-Veiga et al. (2014), los sistemas residenciales contruidos sobre esta lógica tienden a priorizar la eficiencia organizativa sobre las necesidades psicosociales individuales, generando entornos que Zalakain y Davey (2020) han identificado como aceleradores de procesos de despersonalización y desvinculación social. Estas consecuencias son especialmente severas en contextos rurales, donde el ingreso residencial implica con frecuencia el traslado a centros urbanos distantes, añadiendo al deterioro funcional el coste del desarraigo territorial y la ruptura de redes relacionales sostenidas en el tiempo.

El modelo AICP propone una reorientación sustancial de esta lógica. Según Rodríguez (2018), el paradigma reconoce a la persona mayor como sujeto activo de su proceso vital y no como receptor pasivo de cuidados prescritos. La consecuencia organizativa de esta reorientación no es trivial: supone que los planes de atención deben construirse a partir del conocimiento biográfico de cada persona, de sus

preferencias, intereses y redes de relación, y no de categorías diagnósticas predefinidas. Koren (2010) ha descrito este desplazamiento como un movimiento cultural que exige transformaciones profundas en la estructura organizativa de los centros y en la formación de los profesionales, no simples ajustes procedimentales. La ética del cuidado (Tronto, 2020) y la gerontología crítica (Grenier et al., 2020) enriquecen esta conceptualización aportando, respectivamente, una fundamentación normativa centrada en la interdependencia como condición ontológica humana, y una perspectiva crítica sobre las formas en que las instituciones de cuidado pueden reproducir desigualdades de poder, género y clase que el paradigma AICP se propone contrarrestar.

El sustento teórico más específico del AICP procede de la gerontología ambiental. La teoría del ajuste persona-ambiente formulada por Lawton y Nahemow (1973) constituye el primer modelo sistemático que relaciona el bienestar en la vejez con las características del entorno en que se produce el envejecimiento. Su proposición central sostiene que el bienestar resulta del equilibrio entre la competencia del individuo y las demandas que el entorno le impone: tanto los entornos excesivamente demandantes como los sobreprotectores resultan perjudiciales, pues los primeros superan las capacidades adaptativas del sujeto y los segundos las empobrecen, acelerando el deterioro funcional. Golant (2015) ha actualizado este modelo incorporando dimensiones de capital social y gobernanza participativa que resultan pertinentes para los contextos rurales estudiados: en entornos de baja densidad y alta cohesión comunitaria, las redes relacionales y las oportunidades de participación social no son simplemente recursos de apoyo, sino componentes estructurales del ajuste persona-ambiente cuya preservación o destrucción tiene consecuencias directas y medibles sobre el bienestar de los usuarios.

La teoría de la continuidad de Atchley (1989) profundiza esta perspectiva, al argumentar que el bienestar psicológico en la vejez depende de la capacidad de mantener patrones, hábitos, relaciones y valores acumulados a lo largo de la vida. La continuidad no se entiende aquí como resistencia al cambio sino como la preservación de los hilos de identidad que dan coherencia a la experiencia vital. En este marco, Nimrod y Ben-Shem (2015) han demostrado que los vínculos territoriales (el apego a los paisajes, los ritmos cotidianos, las personas y los espacios del entorno de vida) son vectores privilegiados de continuidad biográfica cuya ruptura mediante el ingreso en instituciones residenciales lejanas representa un factor de riesgo documentado para el bienestar subjetivo, no un coste menor de la atención geriátrica.

La teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen (2021) añade una dimensión motivacional complementaria: en la medida en que las personas mayores perciben el tiempo vital como limitado, su orientación motivacional se desplaza hacia la maximización de la calidad emocional de las relaciones y la reducción de los vínculos superficiales. En entornos rurales, donde las redes relacionales son densas, antiguas y cargadas de historia compartida, esta orientación tiene consecuencias directas sobre las condiciones que un entorno asistencial debe ofrecer. La sustitución de relaciones densas por vínculos institucionales necesariamente más superficiales constituye una pérdida de capital emocional, que los centros geriátricos convencionales generan de forma sistemática y que el modelo AICP pretende evitar.

Estas corrientes teóricas convergen en el concepto de "envejecimiento en el lugar" (*aging in place*), cuya formulación contemporánea (Rowles y Bernard, 2013; Pani-Harreman et al., 2021) trasciende la idea inicial de simple permanencia física en el domicilio para abrazar dimensiones de pertenencia, identidad y continuidad biográfica. Sánchez (2015) ha subrayado que este concepto tiene implicaciones normativas para la planificación de servicios geriátricos en entornos de alta ruralidad que van más allá de la preferencia domiciliaria: la provisión que respeta el envejecimiento en el lugar debe articular servicios que mantengan la proximidad a los espacios de vida significativos incluso cuando el soporte asistencial requerido exige el ingreso en un dispositivo residencial. Es en este punto donde la tensión entre las necesidades de cuidado y el principio de continuidad territorial alcanza su mayor intensidad, y donde el modelo CAM propone una solución que las secciones empíricas analizarán.

La evidencia internacional sobre la implementación del AICP ilustra tanto sus posibilidades como los requisitos institucionales que exige, y en ese doble registro es donde resulta analíticamente relevante para este estudio. En los Países Bajos, el modelo de las pequeñas unidades de convivencia analizado por Verbeek et al. (2019) ha demostrado mejoras significativas en indicadores de calidad de vida mediante la organización de la atención en grupos reducidos con entornos domésticos. El modelo danés de viviendas para mayores integradas comunitariamente (Rostgaard et al., 2022) ha privilegiado la inserción en los tejidos urbanos y rurales existentes sobre la construcción de infraestructuras especializadas aisladas, produciendo resultados comparables con menores costes de desarraigo. El sistema japonés de *community-based integrated care* (Tamiya et al., 2021) ha resuelto la tensión entre calidad asistencial y continuidad territorial mediante plataformas de coordinación territorial financiadas por un seguro público de cuidados de larga duración. En España, la

experiencia «En Mi Casa» en Castilla y León (García, 2023) ha demostrado la viabilidad del AICP en el contexto domiciliario, aunque de manera predominante en contextos urbanos o semiurbanos. Lo que estos referentes comparten, y lo que los hace relevantes para el análisis del modelo CAM, es que su despliegue ha dependido en todos los casos de esquemas de financiación autonómicos robustos que absorben los costes fijos y coordinan la provisión territorial. La ausencia de este respaldo, como se analizará en profundidad en el apartado 5.2, constituye la tensión estructural central del caso estudiado.

La pandemia de COVID-19 actuó como un experimento involuntario que reveló con crudeza las vulnerabilidades estructurales del modelo residencial convencional. La alta concentración de personas vulnerables en espacios cerrados, la rigidez organizativa y la desconexión comunitaria de los centros tradicionales se tradujeron en tasas de mortalidad desproporcionadas que han sido documentadas y analizadas en profundidad (Del Pino et al., 2020; Deusdad, 2020). Estos resultados aceleraron la agenda de reforma en las administraciones con competencias en la materia, proporcionaron evidencia empírica sobre los riesgos sanitarios del modelo biomédico-institucional, y reforzaron el interés analítico y político por modelos alternativos orientados por los principios del AICP (WHO, 2021; European Commission, 2022).

4.2. Territorio, economía del cuidado y gobernanza multinivel: hacia un marco integrador

La segunda dimensión del marco teórico de este estudio se sitúa en la intersección entre las teorías del desarrollo territorial, la economía política del cuidado y el análisis de la gobernanza multinivel. Esta intersección constituye un campo de indagación relativamente reciente cuya pertinencia es, sin embargo, decisiva para comprender el modelo CAM en toda su complejidad: los centros geriátricos son simultáneamente dispositivos de atención social, actores económicos territoriales e innovaciones de gobernanza cuyo impacto sobre las dinámicas de despoblación merece un análisis sistemático que ninguna perspectiva aislada puede proporcionar.

El concepto de "economía residencial" desarrollado por Davezies (2008) proporciona el primer anclaje teórico de esta perspectiva. Su tesis central es que una parte significativa del dinamismo económico de los territorios no procede de sus capacidades productivas, en sentido estricto, sino de los flujos de renta que llegan al

territorio desde el exterior (pensiones, transferencias públicas, turismo residencial, etc.), y que se movilizan a través del consumo local de bienes y servicios. En este marco, los servicios de cuidados adquieren una significación económica que trasciende su función social: al concentrar en el territorio tanto el empleo como el gasto corriente vinculado a la atención de una población envejecida, actúan como mecanismos de recirculación de renta que pueden constituir una base económica sostenible para territorios en declive demográfico (Fernández y Urrecho, 2017). La investigación de Camarero et al. (2016) ha plasmado este argumento mostrando cómo los centros geriátricos rurales generan efectos multiplicadores sobre la actividad económica local mediante el empleo directo, el consumo de bienes y servicios locales, y el mantenimiento de masa crítica de población en los municipios donde se implantan.

Milligan y Wiles (2010) han desarrollado el concepto de "caring places" como complemento geográfico de esta perspectiva económica. La noción captura la interdependencia entre el bienestar individual y la vitalidad territorial: los lugares que se organizan institucionalmente para cuidar a sus mayores no solo mejoran la calidad de vida de sus residentes, sino que construyen capacidades de acción colectiva, redes de reciprocidad y tejido comunitario que constituyen recursos de desarrollo territorial a largo plazo. Esta convergencia entre la dimensión asistencial y la dimensión territorial del cuidado ha sido sistematizada por Pike et al. (2007) y Bock (2019), quienes integran los servicios de cuidados como elementos centrales de las estrategias de desarrollo rural sostenible, cuestionando la separación analítica tradicional entre políticas sociales y políticas de desarrollo que ha dominado tanto la planificación como la investigación en este campo.

La dimensión de gobernanza ocupa el segundo plano de este subapartado y resulta igualmente central para el análisis. El concepto de "welfare mix" de Evers (1995) proporciona el punto de partida: en los sistemas de bienestar contemporáneos, la provisión de servicios resulta de configuraciones variables entre el Estado, el mercado, la familia y el tercer sector. Sin embargo, en contextos rurales de baja densidad, el supuesto implícito en este modelo (la existencia de un mercado de servicios sobre el que el Estado puede apoyarse) se revela inoperante. Brennan et al. (2012) han documentado cómo los procesos de mercantilización del cuidado predominantes en los regímenes liberales, y crecientes también en otros, generan problemas específicos de equidad territorial en áreas rurales porque presuponen condiciones de mercado que no existen. Cuando los proveedores privados son inviables económicamente, la gestión pública directa deja de ser una opción ideológica y se

convierte en una condición estructural de posibilidad, lo que otorga al modelo de colaboración pública de los CAM una racionalidad que trasciende cualquier preferencia política particular.

Esta forma específica de gobernanza ha sido analizada por Gallego y Subirats (2012) en el contexto español, donde las relaciones entre administraciones en los sistemas de bienestar tienden a adoptar formas verticales de delegación competencial con escasa presencia de los modelos de cooperación horizontal entre pares. Andreotti et al. (2012) han situado estas experiencias en el marco más amplio del debate sobre los "sistemas de bienestar locales", argumentando que las administraciones subnacionales desarrollan en determinadas condiciones capacidades de innovación institucional que compensan las limitaciones de los sistemas nacionales o regionales. La teoría de la gobernanza descentrada de Bevir (2013) aporta un complemento importante a este análisis: los sistemas de gobernanza complejos no pueden comprenderse únicamente desde la perspectiva de sus estructuras formales, sino que deben rastrearse a través de las prácticas, las racionalidades y las tradiciones de los actores que los operan cotidianamente; esto justifica la centralidad que el diseño metodológico de este estudio otorga a la observación participante como complemento indispensable del análisis documental. Es esta capacidad de generar nuevas configuraciones institucionales desde posiciones periféricas lo que Neumeier (2017) denomina "innovación social rural": la creación, desde actores y territorios marginales, de formas de organización que desafían los paradigmas dominantes de provisión de bienestar.

La dimensión político-competencial de la gobernanza multinivel introduce, finalmente, una variable analítica que las teorías normativas de la coordinación intergubernamental tienden a subestimar. Como documenta Gallego (2016), las divergencias político-partidistas entre los distintos niveles de gobierno en los sistemas de bienestar descentralizados frecuentemente se traducen en bloqueos financieros, en competencia por el crédito político y en concepciones divergentes sobre el papel del sector público que tienen consecuencias directas sobre la equidad territorial. Las implicaciones de este mecanismo para la sostenibilidad financiera del modelo CAM (cuya viabilidad depende de la ausencia estructural de financiación autonómica) son analíticamente centrales. Esta tensión no es sino la manifestación territorial de lo que Pestoff et al. (2012) identifican como uno de los desafíos estructurales de la nueva gobernanza pública: la articulación de actores con racionalidades, incentivos y marcos temporales divergentes en torno a la producción sostenible de bienes colectivos.

4.3. El modelo prestacional de los CAM: arquitectura institucional e implementación del marco teórico

El tránsito desde los marcos teóricos desarrollados en los subapartados anteriores hasta su puesta en práctica en el modelo CAM requiere examinar la estructura institucional concreta mediante la que la Diputación de Lugo organiza la provisión de cuidados en los entornos rurales de baja densidad que definen su territorio. Esta descripción tiene naturaleza contextual y está diferenciada del marco conceptual precedente, aunque en ella se imprimen, de forma analíticamente legible, las opciones teóricas sobre el "welfare mix", la gobernanza colaborativa y los principios del AICP.

La provisión de servicios sociales en España se enmarca en un complejo sistema de gobernanza multinivel en el que la distribución de responsabilidades entre los niveles central, regional y local genera tensiones significativas de coordinación intergubernamental y asimetrías territoriales que afectan a la equidad en el acceso (Counsell et al., 2009; Veras et al., 2019). En el contexto gallego, la Ley 13/2008 de Servicios Sociales (LSSG) estableció un marco de descentralización avanzado que otorga a las corporaciones locales competencias sustanciales en servicios sociales comunitarios. Sin embargo, como documenta Andreotti et al. (2012), la legislación estatal posterior ha limitado el margen competencial municipal, generando tensiones presupuestarias que comprometen la equidad en el acceso. Ante el insuficiente despliegue competencial por parte de la Xunta de Galicia, la Diputación Provincial de Lugo construyó a partir de 2010 una respuesta institucional propia que encuentra su fundamento jurídico en el artículo 63 de la LSSG y en el artículo 47.2 de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público, que habilitan los convenios interadministrativos para el ejercicio de competencias propias o delegadas. La Diputación ha formalizado convenios con 18 ayuntamientos de pequeño tamaño, implementando una red de Centros de Atención a Personas Mayores de dimensiones reducidas (con una capacidad media de 30 plazas residenciales y 20 de centro de día), que integra servicios especializados de enfermería, rehabilitación y actividades socioculturales.

La innovación más significativa del modelo desde la perspectiva de la teoría del "welfare mix" reside en su distribución de prestaciones. La pregunta analítica que esta organización responde es la siguiente: ¿qué servicios deben permanecer bajo control público directo y cuáles pueden externalizarse sin comprometer la calidad asistencial ni los principios del AICP? La Tabla 2 mapea la cartera de servicios en función de la modalidad de provisión asignada a cada prestación.

Tabla 2.
Reparto de las prestaciones de la cartera de servicios sociales en los centros de la Diputación de Lugo

		Prestaciones ejecutadas con medios propios (personales y materiales) de la Diputación de Lugo	Prestaciones ejecutadas mediante un contrato administrativo de servicio o suministro	Prestaciones ejecutadas mediante recursos ya existentes en el territorio
Área de información, valoración, seguimiento y orientación	Servicio de valoración, seguimiento, evaluación y coordinación	X		
	Servicio de información, orientación y formación a familiares	X		
Área de actividades y programas	Actividades de ocio y tiempo libre	X		
Área de formación básica e instrumental	Asistencia a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria		X	
Área de mantenimiento y/o rehabilitación	Rehabilitación funcional	X		
	Terapia ocupacional	X		
	Estimulación cognitiva	X		
	Atención sanitaria preventiva	X		
	Atención médica			X
	Atención de enfermería	X		
Área de Servicios Generales	Alojamiento			
	Manutención y dietas especiales		X	
	Limpieza		X	
	Mantenimiento	X		
	Gestión y administración	X		
	Supervisión	X		
	Vigilancia		X	
	Lavandería / gestión de ropa		X	

Fuente: elaboración propia a partir del Decreto 149/2013 y de datos facilitados por la Diputación de Lugo.

La lectura analítica de la Tabla 2 revela una lógica estratégica coherente que permite superar, como señalan Gallego y Subirats (2012), la dicotomía entre gestión pública integral y externalización completa que caracteriza a la mayoría de modelos residenciales en España. Las prestaciones gestionadas con medios propios de la Diputación (valoración, coordinación, atención de enfermería, rehabilitación funcional, terapia ocupacional, estimulación cognitiva y atención sanitaria preventiva), son precisamente aquellas en las que la estandarización resultaría más lesiva para los principios del AICP: exigen juicio profesional personalizado, conocimiento biográfico del individuo y relaciones de confianza sostenidas en el tiempo con los usuarios y sus familias. La externalización de estas prestaciones mediante contratos administrativos orientados al coste comprometería el núcleo relacional del cuidado que el paradigma AICP sitúa en el centro de la atención de calidad. Por el contrario, los servicios externalizados (alimentación, limpieza, vigilancia y lavandería) son aquellos en los que la contratación competitiva puede generar eficiencia sin comprometer ese núcleo relacional, siempre que los pliegos incorporen criterios sociales y ambientales que preserven la coherencia del modelo, como se detalla más adelante. Finalmente, la atención médica, canalizada a través de recursos ya existentes en el territorio, materializa la lógica de articulación horizontal que el modelo privilegia sobre la duplicación de infraestructuras en entornos con recursos escasos, respondiendo con precisión a las restricciones estructurales que Prieto et al. (2013) han documentado para los contextos de baja densidad.

Esta distribución se articula en el marco jurídico definido por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal, cuyo artículo 15 habilita a las Comunidades Autónomas para desarrollar catálogos de servicios. En Galicia, el Decreto 149/2013 define la Cartera de Servicios Sociales con un enfoque innovador por colectivos dependientes que distingue entre servicios comunes, específicos y de asistente personal (Rodríguez, 2018). La implementación operativa se sustenta adicionalmente en el artículo 30.3 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público, y en el artículo 29 de la Ley 13/2008, que establecen el marco flexible de provisión que el modelo requiere.

La perspectiva de proximidad social constituye la dimensión del modelo que traduce de manera más directa los principios del AICP a las condiciones específicas de la ruralidad lucense. La incorporación de criterios de uso de productos alimentarios locales en los pliegos de contratación no es, desde la teoría de la continuidad (Atchley, 1989), una cláusula de responsabilidad social corporativa accesorio: es la materialización operativa de un compromiso fundamentado con la preservación de las continuidades biográficas y

culturales que Hanssen y Kuven (2016) han demostrado relevantes para el bienestar en contextos institucionalizados. El reconocimiento de la importancia de la familiaridad gastronómica enlaza con la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 2021): los sabores, los aromas y los rituales alimentarios asociados a la cocina local son vectores privilegiados de las relaciones de calidad emocional que las personas mayores priorizan. El diseño de los centros para favorecer la permanencia en el entorno geográfico y cultural propio implementa la teoría del envejecimiento en el lugar (Rowles y Bernard, 2013), complementada por los desarrollos de Sánchez (2015) sobre la dimensión ambiental del envejecimiento en contextos de alta ruralidad. Los CAM promueven la interdisciplinariedad profesional y la adaptación de los servicios a las particularidades culturales del territorio, enfrentando al mismo tiempo los desafíos que Edvardsson et al. (2014) han identificado en la implementación del cuidado centrado en la persona para perfiles heterogéneos de usuarios: la necesidad de formación continua y flexibilidad organizativa no constituye un problema superado por el diseño inicial, sino una condición permanente de calidad cuya gestión exige inversión sostenida. La convergencia de todos estos elementos (atención personalizada, proximidad territorial, continuidad cultural, inserción comunitaria) materializa en el plano operativo lo que Pike et al. (2007) y Bock (2019) postulan en el plano teórico: que los servicios de cuidados pueden funcionar como infraestructura de desarrollo territorial sostenible cuando están diseñados para articularse con las economías y las culturas locales en lugar de superponerse a ellas.

5. Marco empírico y resultados

5.1. Justificación de la implementación de los CAM en la provincia de Lugo

La implementación de los CAM en la provincia de Lugo responde a una compleja interacción de factores demográficos, socioeconómicos y geográficos que caracterizan las zonas rurales de esta región. La provincia de Lugo exhibe una estructura demográfica caracterizada por un pronunciado índice de envejecimiento (IE)¹ que

1• Relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años expresada en %, es decir, el número de personas de 65 o más años por cada 100 menores de 20 años.

supera significativamente la media gallega ($IE_Lugo = 220,31$ vs. $IE_Galicia = 169,27$)², mientras que el sobreenvejecimiento (ISE) también sigue esa tendencia ($IE_Lugo = 23,32$ vs. $IE_Galicia = 19,61$)³.

La despoblación rural se manifiesta con particular intensidad en Lugo, como evidencia una densidad poblacional muy baja con un total de 32,89 habitantes por cada kilómetro cuadrado, frente a los 91,26 de Galicia y una tasa bruta de natalidad en declive (5,35 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2022, comparado con los 6,48 en 2012)⁴. El índice de dependencia senil (ID), que cuantifica la relación entre la población mayor de 64 años y la población en edad potencialmente activa (15-64 años), muestra valores alarmantes en la provincia, aproximándose al 50 %⁵. Esta presión se ve agravada por la dispersión geográfica característica de la provincia, que plantea desafíos logísticos y económicos significativos para la prestación de servicios geriátricos (Camarero y Del Pino, 2014).

La Diputación de Lugo ha proyectado la implementación de CAM en 18 ayuntamientos rurales de la provincia, todos con menos de 10.000 habitantes: A Fonsagrada, A Pontenova, Becerreá, Castroverde, Cervantes, Folgoso do Courel, Guitiriz, Meira, Navia de Suarna, Oulol, Pantón, Pedrafita do Cebreiro, Pobra de Brollón, Pol, Portomarín, Ribadeo, Ribas de Sil y Trabada. La mayoría (16 de 18) tienen menos de 5.000 habitantes, siendo Guitiriz (5.194) y Ribadeo (9.828) las únicas excepciones. En la Figura 1, se puede observar su distribución geográfica que responde a criterios de planificación territorial, incluyendo: (1) indicadores demográficos de envejecimiento y despoblación; (2) ausencia o insuficiencia de recursos residenciales previos; (3) distancia a centros urbanos con servicios especializados; y (4) disponibilidad de infraestructuras municipales adaptables o terrenos para nueva construcción. Esta estrategia territorial busca abordar las necesidades asistenciales de la población mayor rural, representando además una oportunidad de desarrollo local mediante la adaptación de servicios a las necesidades específicas de cada municipio.

2• Instituto Galego de Estatística (15-03-2024).

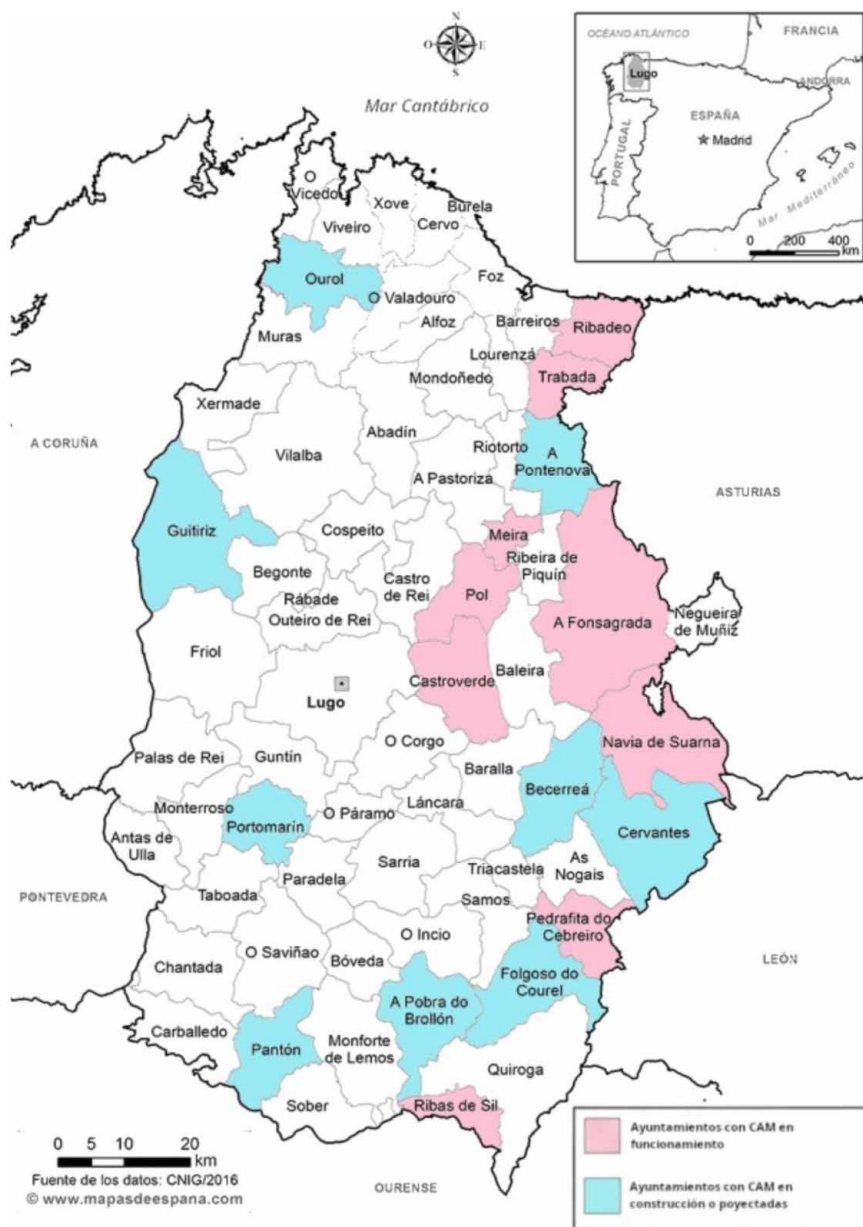
3• Instituto Galego de Estatística (15-03-2024).

4• Instituto Galego de Estatística (15-03-2024).

5• Instituto Galego de Estatística (15-03-2024).

Figura 1.

Mapa provincial con la distribución de los CAM en la provincia de Lugo



Fuente: elaboración propia a partir de www.mapasdeespana.com y de CNIG 2016.

5.2. Análisis económico

5.2.1. La infraestructura asistencial

El modelo CAM se configura como una red de centros de escala intermedia que busca superar la dicotomía entre grandes residencias impersonales y microcentros inviables económicamente, adaptándose a las características demográficas y territoriales del rural lucense. La estructura financiera del modelo estipula una inversión promedio en construcción de 1.812.668,55 euros por centro⁶. De este montante, la Diputación de Lugo asume aproximadamente el 90 %, mientras que la contrapartida municipal asciende a 200.000 euros, sumados a la provisión de los terrenos necesarios para la edificación. Una vez finalizada la construcción, se presupuestaron adicionalmente 429.621,41 euros de media para la adquisición de equipamiento esencial. A la inversión inicial deben añadirse los costes operativos anuales por la prestación del servicio de 874.491,45 euros de media por centro, que cubren personal, mantenimiento y atención directa (Tabla 3).

Actualmente, la Diputación distingue dos fases operativas dentro de su red: la primera fase incluye aquellos centros ya en funcionamiento en el año 2024 (un total de nueve), y una segunda fase que comprende los centros que se encuentran en etapas de construcción o finalización (otros nueve). Hasta la fecha, se han suscrito un total de 18 convenios, lo que se traduce una inversión en infraestructura social de más de 45 millones de euros. Se trata de un caso único que supone casi un 40 % del presupuesto ordinario anual y que no cuenta con un solo euro de financiación autonómica.

La ausencia de financiación autonómica para los CAM responde a una compleja confluencia de factores normativos, políticos y competenciales que merecen ser explorados. Desde una perspectiva jurídico-competencial, los CAM operan en una zona gris entre las competencias municipales en servicios sociales básicos y las autonómicas en servicios especializados, al no encajar plenamente en ninguna de las categorías establecidas en el Decreto 99/2012 de servicios sociales comunitarios de Galicia. Sin embargo, esta ambigüedad normativa se ve atravesada por una dimensión político-partidaria significativa: mientras la Xunta de Galicia ha mantenido gobiernos del Partido Popular, la Diputación de Lugo ha sido gobernada por coaliciones progresistas

6• El incremento de precio de los materiales constructivos derivados de la COVID-19 y de la guerra de Ucrania, durante los dos últimos años, exige revisión de costes en algunos proyectos.

(Partido Socialista y Bloque Nacionalista Galego) de manera ininterrumpida desde 2007. Esta divergencia ideológica constituye un factor explicativo relevante, ya que los CAM representan un modelo de intervención pública directa en servicios sociales que contrasta con las políticas de concertación y externalización tradicionalmente favorecidas por gobiernos conservadores (González-Rodríguez y Barreiro-Castro, 2025). Como documenta Gallego (2016) en su análisis sobre las políticas de bienestar en España, las diferencias partidarias en los gobiernos multinivel frecuentemente se traducen en bloqueos financieros, competencia por el crédito político y concepciones divergentes sobre el papel del sector público en la provisión de servicios. En este contexto, la iniciativa provincial podría interpretarse tanto como una respuesta a la insuficiencia de la política autonómica en materia de atención residencial rural, como una afirmación de un modelo alternativo de gestión pública que desafía las orientaciones dominantes en el nivel autonómico.

Tabla 3.

Red de centros de atención a las personas mayores de la Diputación de Lugo (inversiones)

CAM	Importe ejecutado/ estimado	Construcción finalizada	Fecha estimada de finalización	Equipación finalizada	Importe ejecutado/ de equipación	Plazas residenciales	Plazas centro de día
A FONSAGRADA	2.163.000,33 €	SÍ	Terminada	SÍ	320.222,84 €	28	20
A PONTENOVA	2.220.406,98 €	NO	2025	NO	450.000,00 €	30	20
BECERREÁ*	5.415.326,89 €	NO	2024	NO	1.600.000,00 €	96	55
CASTROVERDE	1.395.069,76 €	SÍ	Terminada	SÍ	346.725,00 €	30	24
CERVANTES	1.900.000,00 €	NO	2027	NO	450.000,00 €	30	20
FOLGOSO DO COUREL	1.900.000,00 €	NO	2027	NO	450.000,00 €	30	20
GUITIRIZ	2.309.501,45 €	NO	2025	NO	550.000,00 €	46	0
MEIRA	1.924.321,62 €	SÍ	Terminada	SÍ	458.395,00 €	30	20
NAVIA DE SUARNA	1.642.984,18 €	SÍ	Terminada	SÍ	335.600,00 €	30	20
OUIROL	2.025.250,00 €	NO	2027	NO	450.000,00 €	35	20
PANTÓN	1.700.000,00 €	NO	2027	NO	535.000,00 €	40	0
PEDRAITA DO CEBREIRO	1.370.275,19 €	SÍ	Terminada	SÍ	356.075,00 €	30	20
POBRA DE BROLLÓN	2.009.923,23 €	NO	2026	NO	500.000,00 €	36	0
POL	1.361.624,00 €	SÍ	Terminada	SÍ	371.785,25 €	36	18
PORTOMARÍN	2.062.764,67 €	NO	2027	NO	450.000,00 €	35	0
RIBADEO	1.828.000,00 €	SÍ	Terminada	SÍ	500.000,00 €	48	0
RIBAS DE SIL	1.767.060,00 €	SÍ	Terminada	SÍ	454.125,00 €	29	11
TRABADA	1.235.184,00 €	SÍ	Terminada	SÍ	325.635,87 €	39	20
TOTALES	36.230.692,30 €				8.903.563,96 €	678	288
PROMEDIO (Sin Becerreá)	1.812.668,55 €				429.621,41 €	38	16

Nota: Becerreá (96 plazas residenciales, 55 de centro de día, 5,4M€) triplica el tamaño estándar del modelo CAM. Esta ampliación, impuesta por razones políticas en 2015, genera costes operativos anuales que superan 1,5 millones de euros, haciendo inviable su sostenibilidad bajo el paraguas del modelo de gestión pública. Actualmente, la Diputación estudia fórmulas alternativas (gestión indirecta) para este centro. Su inclusión en el análisis es relevante porque demuestra que el límite de 30-40 plazas no es arbitrario: responde a la capacidad real de gestión y financiación de los ayuntamientos rurales.

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Diputación de Lugo.

5.2.2. La evaluación del coste integral de la prestación de los servicios

En el apartado anterior se describían los costes asociados a la construcción y al equipamiento geriátrico. A continuación, se detalla una evaluación comprehensiva de los costes asociados con la prestación de servicios en los CAM de la Diputación de Lugo. El

análisis financiero global contempla seis categorías principales de gastos: el importe de gestión (contratos de servicios para asistencia integral), los costes de personal técnico tanto en intervención directa como indirecta (aspecto crucial para la calidad del servicio según el modelo de profesionalización del cuidado (Daly y Lewis, 2000)), los gastos de suministros para el funcionamiento cotidiano (frecuentemente subestimados en los análisis de costes de servicios sociales (Fernández-Mayoralas et al., 2015)), el mantenimiento de infraestructuras (fundamental para la sostenibilidad a largo plazo (Van Hoof et al., 2018)), la inversión extraordinaria destinada a elementos preventivos frente a la COVID-19, y otros gastos corrientes operativos. Esta estructura de costes refleja un enfoque integral alineado con los principios de atención centrada en la persona.

Tabla 4.
Importes de gestión, aportación de personas usuarias y aportaciones de las entidades locales implicadas (2024)

CAM	Gastos servicio residencial 2024 (consolidado)	Aportaciones usuarias	Asume diputación	Asumen ayuntamientos
CASTROVERDE	780.750,98 €	415.288,29 €	295.262,69 €	70.200,00 €
FONSAGRADA (A)	802.023,92 €	396.563,55 €	338.860,37 €	66.600,00 €
MEIRA	866.158,16 €	440.426,59 €	353.931,57 €	71.800,00 €
NAVIA DE SUARNA	835.436,76 €	421.654,74 €	343.982,02 €	69.800,00 €
PEDRAFITA DO CEBREIRO	638.372,12 €	411.337,04 €	303.809,28 €	68.000,00 €
POL	909.957,20 €	528.818,26 €	303.809,28 €	77.329,66 €
RIBADEO	1.129.578,19 €	689.274,68 €	334.466,86 €	105.836,65 €
RIBAS DE SIL	803.320,51 €	370.881,47 €	370.239,04 €	62.200,00 €
TRABADA	978.546,99 €	524.904,17 €	364.842,82 €	88.800,00 €
TOTAL	7.870.423,01 €	4.199.148,79 €	2.990.707,91 €	680.566,31 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Diputación de Lugo.

La Tabla 4 proporciona un desglose detallado de los costes y su distribución entre los diferentes actores implicados. Esta distribución refleja un modelo de cofinanciación que busca equilibrar la sostenibilidad financiera con la accesibilidad del servicio, en línea con las recomendaciones de organismos internacionales sobre sistemas de cuidados de larga duración (OECD, 2020).

La contribución de las personas usuarias se determina en función de su capacidad económica, siguiendo las ordenanzas reguladoras del precio público. Los

precios de referencia (1.390,00 € para personas dependientes y 1.080,00 € para personas con autonomía en atención residencial; 550,00 € para atención diurna a jornada completa) reflejan una política de costes diferenciados que considera el nivel de dependencia y el tipo de servicio, un enfoque que la literatura ha asociado con una mayor equidad en el acceso a servicios sociales (Rodrigues et al., 2018). El déficit generado es asumido por la Diputación de Lugo y los Ayuntamientos según una fórmula que considera el tamaño poblacional del municipio:

La Diputación asume el 75 % del déficit, con un límite de 600,00 € usuario/mes para municipios de más de 5.000 habitantes.

Los ayuntamientos asumen el 25 % del déficit, con un límite de 200,00 € usuario/mes para municipios de menos de 5.000 habitantes.

Esta distribución del déficit muestra un modelo de solidaridad territorial que busca compensar las desigualdades entre municipios de diferentes tamaños, un aspecto crucial en la provisión de servicios públicos en áreas rurales (Camarero y Del Pino, 2014). El análisis también revela variaciones significativas en los costes operativos entre centros: Pedrafita do Cebreiro requiere 764.650,30 euros anuales frente a los 1.129.578,19 euros de Ribadeo. Estas diferencias responden principalmente al tamaño y ocupación de cada centro, aunque también influyen el perfil de dependencia de los usuarios y las características socioeconómicas municipales.

Este enfoque refleja un modelo específico de gobernanza multinivel que combina financiación pública provincial, gestión supramunicipal y copago de usuarios. Como señala Marbán (2015), los servicios sociales españoles navegan actualmente entre múltiples tensiones: la demanda de proximidad territorial, la búsqueda de eficiencia económica, y el debate sobre el mix óptimo entre provisión pública directa, gestión indirecta, concertación con el tercer sector y externalización al sector privado. El modelo lucense apuesta por mantener la titularidad y el control público, una elección que requiere seguimiento continuo y evaluaciones periódicas para garantizar su sostenibilidad ante los cambios demográficos y las restricciones presupuestarias actuales.

5.3. Repercusión en el entorno de la actividad de los CAM

5.3.1 Respuesta a las necesidades emergentes del envejecimiento rural

Las necesidades básicas de las personas mayores (compañía, cuidados, seguridad) son constantes, pero el rural gallego actual presenta una confluencia única: despoblación

severa, envejecimiento extremo, dispersión geográfica y pérdida de redes familiares de apoyo. No son “nuevas” necesidades, sino la intensificación y transformación de las tradicionales en un contexto social radicalmente distinto: municipios sin relevo generacional, cierre de servicios básicos, y aislamiento extremo con múltiples problemas de salud.

Un análisis cuantitativo de la población atendida en la red de CAM revela una distribución heterogénea en términos de grados de dependencia reconocidos por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Específicamente, solo el 28,3 % de los residentes posee un grado de dependencia III reconocido, mientras que el 71,7 % restante carece de este reconocimiento formal. Esta distribución, detallada en la Tabla 5, sugiere que el modelo CAM está atendiendo a un espectro más amplio de necesidades que las contempladas por los criterios estandarizados del SAAD.

Tabla 5.
Tipología de personas usuarias en los CAM atendiendo a su nivel de autonomía o necesidad de apoyo de tercera persona

CAM	Total plazas ocupadas	Personas <75 años sin valoración de dependencia o con Grado I	sin grado reconocido o no se valora su reconocimiento por ser una persona con autonomía	Pendiente resolución	Pers. con Grado I	Pers. con Grado II	Pers. con Grado III
CAM A FONSAGRADA	28	0	3	0	10	9	6
CAM CASTROVERDE	30	3	2	9	4	7	5
CAM MEIRA	30	0	4	4	3	9	10
CAM NAVIA DE SUARNA	30	0	9	6	6	3	6
CAM PEDRAFITA	30	2	4	4	8	3	9
CAM POL	36	3	0	5	4	12	12
CAM RIBADEO	48	2	10	8	2	7	19
CAM RIBAS DE SIL	29	0	3	14	4	6	2
CAM TRABADA	39	2	3	9	2	7	16
TOTALES	300	12	38	59	43	63	85

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Diputación de Lugo.

El acceso a plazas residenciales públicas en el sistema tradicional está influenciado por criterios de edad, específicamente la necesidad de alcanzar los 75 años para la solicitud mediante libre concurrencia⁷. Este criterio etario ha sido criticado por varios gerontólogos como una forma de discriminación por edad o "edadismo" (Butler, 1969; Ayalon y Tesch-Römer, 2018), que no considera la heterogeneidad del proceso de envejecimiento ni las necesidades individuales.

En contraste, el modelo CAM adopta un enfoque flexible priorizando la conexión municipal y el entorno poblacional sobre criterios tradicionales. Este modelo reconoce la heterogeneidad del envejecimiento y la importancia del contexto socioambiental, alineándose con las perspectivas del envejecimiento en el lugar (Sánchez, 2015). En los centros de la Diputación, el acceso no se condiciona exclusivamente a dependencia o edad; la mayor puntuación del baremo corresponde a la vinculación territorial. Los CAM funcionan como sistemas vivos de convivencia que facilitan adaptación paulatina mediante lazos emocionales. Aunque atienden personas con necesidades intensivas de cuidados, los accesos consideran múltiples factores sociales: mitigación de soledad no deseada, deseo de protección manteniendo vínculos vecinales, o situaciones de malestar convivencial que determinan el deseo de iniciar una nueva etapa vital.

5.3.2 Impacto laboral y económico de los CAM en la provincia de Lugo

La inserción laboral constituye un indicador clave del impacto socioeconómico de los CAM. Los datos empíricos revelan que, en promedio, cada centro fomenta la contratación directa de 25 personas, incluyendo tanto funcionarios como personal de empresas contratistas. Según datos proporcionados por la propia entidad provincial, el 64 % de estos empleados son residentes del propio municipio donde se ubica el CAM, el 28 % procede de ayuntamientos limítrofes, y solo el 8 % se desplaza desde localidades más alejadas. Esta distribución demuestra la capacidad real de los CAM para fijar población en el territorio, superando la problemática de los "commuters" identificada en otros servicios públicos rurales (Escribano, 2012). El predominio del empleo local no solo genera impacto económico directo, sino que contribuye a la profesionalización del cuidado dentro de las propias comunidades y a la retención de

7. Se trata de un servicio para aquellas personas que no tengan el reconocimiento de la situación de dependencia o, teniéndola reconocida, no tengan acceso efectivo a ella.

capital humano en áreas rurales, factores identificados como cruciales para el desarrollo rural sostenible (Shucksmith y Brown, 2016).

La evaluación cuantitativa del empleo generado por los CAM incluyó un análisis del empleo indirecto en sectores relacionados, como farmacias y proveedores de bienes de consumo. Aunque la cuantificación precisa de estos empleos presenta desafíos metodológicos, los datos sugieren un efecto dinamizador en la actividad económica local. Este fenómeno se alinea con la teoría de los multiplicadores económicos locales, que postula que la inversión pública en servicios puede generar efectos de derrame positivos en la economía local.

Un hallazgo significativo es que el 80 % de los empleados de los CAM residen en el propio municipio o en municipios limítrofes, según datos extraídos de los informes internos de gestión del Área de Bienestar Social de la Diputación de Lugo correspondientes al período 2019-2024. Este dato revela una dimensión fundamental del impacto socioeconómico de los CAM que trasciende su función asistencial. El análisis detallado de estos informes permite identificar varios perfiles profesionales predominantes: auxiliares de geriatría (45 %), personal de servicios generales (limpieza, cocina, lavandería) (30 %), personal sanitario (enfermería y fisioterapia) (15 %) y personal administrativo y de coordinación (10 %).

Esta composición laboral presenta características distintivas en el contexto rural. Por un lado, la contratación local de auxiliares de geriatría ha sido posible gracias a los programas formativos desarrollados por la propia Diputación, que han cualificado a población local, especialmente mujeres de mediana edad con cargas familiares que habían quedado fuera del mercado laboral. Por otro lado, el personal de servicios generales proviene mayoritariamente del sector servicios local, afectado por la estacionalidad y el declive demográfico, encontrando en los CAM una alternativa de empleo estable. Como señalan los informes consultados, este patrón de contratación local ha tenido efectos multiplicadores: reduce la emigración laboral, especialmente femenina; permite la conciliación familiar al evitar desplazamientos largos; y genera un efecto de arraigo que contrarresta parcialmente las dinámicas de despoblación.

Los resultados indican que, de cada euro de gasto operativo de un CAM, aproximadamente 0,60 euros retornan a la administración en forma de tributación y cotizaciones sociales. Este cálculo se desglosa de la siguiente manera: considerando que el 68 % del presupuesto operativo corresponde a costes de personal (dato promedio de los CAM analizados), y aplicando las cargas fiscales estándar (cotizaciones

sociales empresa (29,9 %), cotizaciones trabajador (6,35 %), retención IRPF media (15 %)), se obtiene un retorno directo del 35 % sobre la masa salarial. A esto se suma el IVA recaudado en las compras de bienes y servicios (21 % sobre el 32 % del presupuesto no salarial), que aporta un 6,7 % adicional. El efecto inducido del consumo de los trabajadores locales (estimado mediante el multiplicador de consumo local de 0,45 para áreas rurales) genera un retorno adicional del 18,3 % a través de impuestos indirectos. La suma total (35 % + 6,7 % + 18,3 %) alcanza el 60 % de retorno. Este retorno podría incrementarse hasta 0,66 euros al considerar el ahorro en prestaciones por desempleo (426 €/mes por trabajador) y otras ayudas sociales que dejarían de percibir los 16 empleados locales de cada centro (64 % de 25). Estos datos empíricos demuestran un alto grado de eficiencia en la inversión pública, alineándose con los principios de la economía del bienestar (Barro, 1990).

5.4. Hallazgos de la observación participante

Durante las ocho jornadas de observación participante distribuidas entre enero y diciembre de 2024, se documentaron sistemáticamente las dinámicas cotidianas en los CAM visitados, revelando patrones consistentes que desafían las conceptualizaciones tradicionales de los centros residenciales para mayores. Las estructuras de gobernanza observadas mostraron horizontalidad inusual en servicios sociales públicos. En Meira, una reunión de coordinación evidenció disposición circular y alternancia espontánea de turnos entre directora, personal y usuarios, con tres propuestas del personal auxiliar incorporadas inmediatamente a la planificación mensual.

La permeabilidad institución-comunidad emergió como característica definitoria. En Pedrafita do Cebreiro se registraron semanalmente 12 salidas a tertulias en el bar, ocho visitas a domicilios propios y cuatro residentes cuidando animales. En A Fonsagrada, tres residentes alimentan diariamente a sus gallinas. Estos movimientos sin acompañamiento formal configuran una "circularidad cotidiana" raramente documentada.

La reproducción cultural se manifestó intensamente en festividades tradicionales. En Castroverde, M.C. (82 años, dependencia grado II) dirigió la selección de castañas para el magosto, instruyendo al personal sobre variedades locales e invirtiendo temporalmente las jerarquías cuidador-cuidado. La celebración congregó

45 personas de la comunidad. Patrones similares surgieron en Pedrafita con la transmisión de técnicas tradicionales de filloas.

Los protocolos de cuidado mostraron adaptación cultural sistemática. En Meira, ante la apatía grupal durante estimulación cognitiva estandarizada, la terapeuta propuso reconstruir la receta del "caldo de castañas". La participación saltó del 30 % al 95 %, con residentes con deterioro cognitivo recordando proporciones exactas. Patrones similares (canciones locales, refranes, menús según calendario agrícola) se observaron sistemáticamente.

El trabajo también reveló una economía moral de intercambios informales (huevos por arreglos, verduras por libros) que, como reconoció una directora, "son lo que hace especial este lugar". Estas prácticas, toleradas implícitamente, constituyen elementos fundamentales del tejido social.

Las tensiones estructurales emergieron en conversaciones municipales. El alcalde de A Fonsagrada expresó: "el CAM nos cuesta 64.800 euros al año. ¿Por qué la Xunta, que tiene la competencia, no asume ese coste?". Esta preocupación, reiterada por otros alcaldes, evidencia conflictos político-administrativos que amenazan la sostenibilidad pese al evidente impacto social positivo.

6. *Discusión*

Los hallazgos revelan que el modelo CAM constituye una manifestación de lo que Neumeier (2017) denomina "nueva configuración de prácticas sociales", materializando formas de "gobernanza descentrada" (Bevir, 2013) poco comunes en servicios sociales españoles. La evidencia empírica demuestra una hibridación institucional que expande el concepto de "welfare mix" (Evers, 1995): en contextos rurales extremos, la mezcla no ocurre entre sectores sino dentro del propio sector público mediante colaboraciones interadministrativas innovadoras.

El trabajo de campo documentó sistemáticamente lo que conceptualizamos como "institucionalización permeable", desafiando las proposiciones de Goffman (2017) sobre la naturaleza totalizante de las instituciones geriátricas. Los usuarios mantienen rutinas domésticas y vínculos comunitarios, contradiciendo las teorías

sobre ruptura biográfica (Gubrium, 2012), si bien la consolidación de este constructo requiere evidencia etnográfica de mayor alcance que la que el presente diseño puede proporcionar. Los procesos observados de "producción de localidad" (Appadurai, 1996) (como la preparación del magosto donde residentes con dependencia dirigieron al personal) evidencian inversiones temporales de las jerarquías cuidador-cuidado que trascienden el paradigma AICP convencional.

No obstante, el caso divergente de Becerreá (96 plazas, >1,5M€/año) delimita un umbral crítico de 30-40 plazas para la viabilidad del modelo. La ausencia de financiación autonómica constituye una anomalía estructural no resuelta que compromete la sostenibilidad, revelando tensiones político-competenciales profundas en el sistema de bienestar español.

Nuestros resultados cuestionan la suposición, extendida en parte de la planificación, de que la viabilidad exige centros de 80-100 plazas, al mostrar que dispositivos de 30-40 plazas pueden ser sostenibles cuando se integran en redes supramunicipales de gestión y compras compartidas. Este hallazgo converge parcialmente con la evidencia internacional sobre modelos residenciales de pequeña escala, que han reportado buenos resultados en calidad de vida y evidencias clínicas frente a modelos convencionales (Kane et al., 2007; Shier et al., 2014), aunque su despliegue suele apoyarse en esquemas de financiación nacional robustos (por ejemplo, el Seguro Público de Cuidados de Larga Duración de Japón) que amortiguan costes fijos y articulan la provisión territorial (Tamiya et al., 2021).

Las implicaciones teóricas cuestionan dicotomías establecidas entre servicios básicos/especializados y expanden las teorías del "aging in place" incorporando continuidad biográfica y reproducción cultural. Los datos económicos (retorno fiscal del 60-66 %) refutan empíricamente las concepciones del gasto social como improductivo, confirmando su potencial como motor de desarrollo territorial.

La observación reveló manifestaciones de la "lógica del cuidado" (Mol, 2008) donde la adaptación contextual prima sobre la adherencia protocolar, como ilustra el abandono de protocolos estandarizados para reconstruir recetas tradicionales. Los intercambios informales documentados constituyen expresiones de "economía moral" (Thompson, 1971) y "resistencias cotidianas" (Scott, 1985), evidenciando adaptaciones creativas de las estructuras formales.

Metodológicamente, el estudio confirma que capturar el "mess ontológico" (Law, 2004) de fenómenos sociales complejos requiere observación participante

prolongada. Los CAM como "objetos múltiples" (Mol, 2002) (simultáneamente servicios estandarizados y espacios comunitarios) solo pueden comprenderse mediante métodos cualitativos inmersivos.

Las conclusiones principales establecen que: (1) la colaboración interadministrativa horizontal supera limitaciones de escala (ocupación >90 % en nueve CAM); (2) la "institucionalización permeable" genera mejores resultados en bienestar (71,7 % usuarios sin dependencia grado III); (3) la inversión genera efectos multiplicadores cuantificables (retorno 60-66 %, 25 empleos/centro, 80 % contratación local); (4) la sostenibilidad requiere cofinanciación autonómica (déficit actual 3,6M€/año).

En síntesis, el modelo CAM aporta evidencia sobre "innovación social transformadora" (Moulaert et al., 2013) mediante procesos de hibridación y adaptación que desafían las categorizaciones convencionales del bienestar, sugiriendo la necesidad de repensar los marcos analíticos que estructuran la provisión de cuidados en la España rural del siglo XXI.

7. Conclusiones y orientaciones futuras

Esta investigación documenta cómo la innovación social periférica genera modelos alternativos de provisión de bienestar mediante la convergencia de capital político local, arraigo territorial y adaptabilidad organizativa. Los CAM configuran dispositivos de regeneración sociocomunitaria que cuestionan los paradigmas centralistas del sistema asistencial español.

El análisis empírico confirma las hipótesis de partida. La colaboración entre Diputación y Ayuntamientos evidencia una distribución territorial más equitativa que el modelo autonómico convencional. Los indicadores económicos confirman efectos positivos: estos centros no solo crean empleo local y generan retorno fiscal, sino que contribuyen a mantener población en territorios vulnerables. Más significativo aún es cómo el modelo AICP transforma las dinámicas de cuidado: donde los modelos tradicionales generan aislamiento, los CAM mantienen a los residentes conectados con su entorno social. Esta evidencia demuestra que los centros funcionan como verdaderos nodos de desarrollo territorial, reconciliando objetivos habitualmente

considerados incompatibles: eficiencia económica, justicia espacial y humanización de los cuidados.

El estudio identifica tres vectores críticos para la reformulación de políticas públicas: desarrollo de marcos regulatorios sensibles a la especificidad territorial; diseño de arquitecturas de financiación multinivel resilientes a dinámicas político-partidistas; construcción de sistemas de evaluación que incorporen dimensiones de valor social no monetizable.

La agenda investigadora debe priorizar los análisis longitudinales de trayectorias biográficas en contextos de permeabilidad institucional, los estudios comparados de modelos micro-territoriales en espacios periféricos, las metodologías participativas en co-diseño de servicios, y las síntesis teóricas transdisciplinares entre gerontología crítica, sociología rural y estudios del cuidado.

El modelo CAM demuestra que otros futuros rurales son posibles, pero su consolidación requiere transformaciones estructurales que exceden la capacidad local. Como expresó una trabajadora: "aquí no cuidamos personas, tejemos pueblos". Esta afirmación sintetiza una revolución silenciosa en los márgenes del Estado del Bienestar que merece ser escuchada y apoyada antes de que el abandono territorial la silencie.

8. Referencias bibliográficas

- Alberdi, J. C., (2007). Contribución de la mujer al cuidado de los mayores residentes en el caserío: el caso de Oiartzun (Guipúzcoa). *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (6), 61-100. Recuperado de: http://ruralager.org/wp-content/uploads/Ager-06_2.pdf
- Adler, P. A., y Adler, P. (1987). *Membership roles in field research*. SAGE Publications.
- Andreotti, A., Mingione, E., y Polizzi, E. (2012). Local welfare systems: a challenge for social cohesion. *Urban studies*, 49(9), 1925-1940. <https://doi.org/10.1177/0042098012444884>
- Appadurai, A. (1996). *Modernity at large: Cultural dimensions of globalization*. University of Minnesota Press.
- Archer, M., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T., y Norrie, A. (2016). *Critical realism: Essential readings*. Routledge.

- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Ayalon, L., y Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Barro, R. J. (1990). Government spending in a simple model of endogenous growth. *Journal of Political Economy*, 98(5, Part 2), S103-S125.
- Bevir, M. (2013). *A theory of governance*. University of California Press.
- Bock, B. B. (2019). Rurality and multi-level governance: Marginal rural areas inciting community governance. En M. Scott, N. Gallent, y M. Gkartzios (eds.), *The Routledge Companion to Rural Planning* (pp. 103-113). Routledge.
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., y Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377-391. <https://doi.org/10.1177/0958928712449772>
- Burawoy, M. (1998). The extended case method. *Sociological Theory*, 16(1), 4-33. <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00040>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243-246. Recuperad de: http://www.romolocapitano.com/wp-content/uploads/2017/03/Butler_Ageism.pdf
- Camarero, L., Cruz, F., y Oliva, J. (2016). Rural sustainability, inter-generational support and mobility. *European Urban and Regional Studies*, 23(4), 734-749. <https://doi.org/10.1177/0969776414539338>
- Camarero, L., y Del Pino, J. A. (2014). Cambios en las estructuras de los hogares rurales: Formas de adaptación y resiliencia. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 377-401. <https://doi.org/10.3989/ris.2012.12.27>
- Camarero, L., y Sampedro, R. (2008). ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (124), 73-105. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.124.73>
- Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *The Gerontologist*, 61(8), 1188-1196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab116>
- Counsell, S. R., Callahan, C. M., Tu, W., Stump, T. E., y Arling, G. W. (2009). Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1420-1426. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02383.x>
- Daly, M., y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>

- Davezies, L. (2008). *La République et ses territoires. La circulation invisible des richesses*. Lectures, Les livres.
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F. J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., y Perna, R. (2020). *Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores durante la COVID-19*. CSIC - Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP). <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Deusdad, B. (2020). COVID-19 y la crisis de residencias y centros de mayores en España: Edadismo y escasez de recursos. *Investigación sobre Envejecimiento y Política Social*, 8 (2), 142-168. <https://doi.org/10.17583/rasp.2020.5598>
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A., y Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(6), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., y Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>
- Edvardsson, D., Winblad, B., y Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., y Shaw, L. L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Escribano, J. (2012). El impacto de los servicios educativos y sanitarios básicos como fuente de ingresos y empleo rural. En P. Reques, y O. De Cos (eds.), *La población en clave territorial: procesos, estructuras y perspectivas de análisis*. *Actas del XIII Congreso de la Población Española* (pp. 225-232). Asociación de Geógrafos Españoles y Universidad de Cantabria
- European Commission. (2022). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Publications Office of the European Union.
- Evers, A. (1995). Part of the welfare mix: The third sector as an intermediate area. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 6(2), 159-182. <https://doi.org/10.1007/BF02353995>
- Fernández, L. C. M., y Urrecho, J. M. D. (2017). Envejecimiento y desequilibrios poblacionales en las regiones españolas con desafíos demográficos/Ageing and population imbalances in the Spanish regions with demographic challenges. *Eria*, 21-43. <https://doi.org/10.17811/er.1.2017.21-43>
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., ... y Forjaz, M. J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older

- adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031-1041. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.996734>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Gallego, R. (Dir.). (2016). *Descentralización y desigualdad en el Estado autonómico*. Tirant lo Blanch.
- Gallego, R., y Subirats, J. (2012). Spanish and regional welfare systems: Policy innovation and multi-level governance. *Regional & Federal Studies*, 22(3), 269-288. <https://doi.org/10.1080/13597566.2012.688271>
- García, P. (2023). *La Atención de Calidad Centrada en la Persona en las residencias de mayores: análisis del modelo "En mi casa" de Castilla y León como buena práctica aplicable a otras comunidades autónomas* [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/88298>
- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Goffman, E. (2017). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Routledge.
- Golant, S. M. (2015). *Aging in the right place*. Health Professions Press.
- González-Rodríguez, J. J., Barreiro-Castro, L. (2025). El ecosistema electoral de Galicia (España): El papel de los territorios rurales en las elecciones autonómicas de 2024. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (42), 137-169. <https://doi.org/10.4422/ager.2025.11>
- González, M., y López, A. (2021). Del éxodo rural al éxodo interurbano de titulados universitarios: la segunda oleada de despoblación. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (31), 7-42. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/90540>
- Grenier, A., Phillipson, C., y Settersten, R. A. (2020). *Precarity and ageing: Understanding insecurity and risk in later life*. Policy Press.
- Gubrium, J. F. (2012). *Living and dying at Murray Manor*. University Press of Virginia.
- Hanssen, I., y Kuven, B. M. (2016). Moments of joy and delight: The meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 866-874. <https://doi.org/10.1111/jocn.13163>
- Holstein, J. A., y Gubrium, J. F. (2008). *Handbook of constructionist research*. Guilford Press.
- IGE (Instituto Galego de Estatística) (2024). *Datos demográficos de la provincia de Lugo*. Xunta de Galicia.

- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2023). *Cifras de población y demografía*. Gobierno de España.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., y Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- Lawton, M. P., y Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer, y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Marbán, V. (2015). El Tercer Sector de Acción Social en el espacio social europeo. *Revista española del tercer sector*, (30), 143-168.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. Recuperado de: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:O168-ssoar-395173>
- Miller, R. E., y Blair, P. D. (2009). *Input-output analysis: Foundations and extensions*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511626982>
- Milligan, C., y Wiles, J. (2010). Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, 34(6), 736-754. <https://doi.org/10.1177/0309132510364556>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Moulaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A., y Hamdouch, A. (2013). *The international handbook on social innovation: Collective action, social learning and transdisciplinary research*. Edward Elgar Publishing.
- Neumeier, S. (2017). Social innovation in rural development: Identifying the key factors of success. *The Geographical Journal*, 183(1), 34-46. <https://doi.org/10.1111/geoj.12180>
- Nimrod, G., y Ben-Shem, I. (2015). Successful aging as a lifelong process. *Educational Gerontology*, 41(11), 814-824. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1050904>
- OECD (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Pani-Harremán, K. E., Bours, G. J., Zander, I., Kempen, G. I., y van Duren, J. M. (2021). Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': A scoping review. *Ageing & Society*, 41(9), 2026-2059. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>

- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE Publications.
- Pestoff, V., Brandsen, T., y Verschuere, B. (2012). *New public governance, the third sector, and co-production*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203152294>
- Pike, A., Rodríguez-Pose, A., y Tomaney, J. (2007). What kind of local and regional development and for whom? *Regional studies*, 41(9), 1253-1269. <https://doi.org/10.1080/00343400701543355>
- Prieto, Á. M., Zofio, J. L., y Álvarez, I. (2013). Provisión de infraestructura pública en medio urbano de baja densidad. Marco institucional, financiación y costes. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (14), 71-109. Recuperado a partir de <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/37969>
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. SAGE Publications.
- Ragin, C. C. (1992). «Casing» and the process of social inquiry. In C. C. Ragin, y H. S. Becker (eds.), *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry* (pp. 217-226). Cambridge University Press.
- Rodrigues, R., Ilinca, S., y Schmidt, A. E. (2018). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long term care use among older people. *Health Economics*, 27(3), 637-646. <https://doi.org/10.1002/hec.3607>
- Rodríguez, P. (2018). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pílares para la Autonomía Personal.
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., y Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>
- Rowles, G. D., y Bernard, M. (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. Springer Publishing Company.
- Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, (60), 97-114. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L. W., Zimmerman, S., y Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes?. *The Gerontologist*, 54(Suppl_1), S6-S16. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt147>
- Scharf, T., Walsh, K., y O'Shea, E. (2016). Ageing in rural places. In M. Shucksmith, y D. L. Brown (eds.), *Routledge international handbook of rural studies* (pp. 50-61). Routledge.
- Scott, J. C. (1985). *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. Yale University Press.

- Shucksmith, M., y Brown, D. L. (2016). *Routledge international handbook of rural studies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315753041>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston, Inc. New York.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos* (3ª ed.). Morata.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I., y Campbell, J. C. (2021). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797), 1183-1192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61176-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61176-8)
- Thompson, E. P. (1971). The moral economy of the English crowd in the eighteenth century. *Past & Present*, (50), 76-136. <https://doi.org/10.1093/past/50.1.76>
- Timmermans, S., y Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167-186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Toxo, R., y López, M. E. (2024). El despoblamiento en las áreas rurales de Galicia, España: Proyecciones demográficas a nivel municipal usando el método joinpoint y modelos extrapolativos (2023-2052). *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (39), 287-338. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/109032>
- Tronto, J. (2020). *Caring democracy: Markets, equality, and justice* (2nd ed.). New York University Press.
- Van Hoof, J., Kazak, J. K., Perek-Białas, J. M., y Peek, S. T. (2018). The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2473. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112473>
- Vallés, J., y Zárate, A. (2013). Municipios de montaña y disparidades en las necesidades de financiación de los servicios públicos locales. *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (14), 7-34. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/37967>
- Vegas, A., Gil, F., y Alonso, P. (2023). Los problemas de accesibilidad de la población mayor a la asistencia sanitaria. El caso de Castilla y León (España). *AGER: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural (Journal of Depopulation and Rural Development Studies)*, (36), 195-227. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/AGER/article/view/97853>
- Veras, R. P., Gomes, J. A. C., y Macedo, S. T. (2019). A coordenação do cuidado aumenta a qualidade e reduz custos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(2), e190073. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073>
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., Schols, J. M., y Hamers, J. P. (2019). Keys to successfully embedding scientific research in nursing homes: A win-win perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.006>

- Winterton, R., Warburton, J., Keating, N., Petersen, M., Berg, T., y Wilson, J. (2016). Understanding the influence of community characteristics on wellness for rural older adults: A meta-synthesis. *Journal of Rural Studies*, (45), 320-327. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2015.12.010>
- World Health Organization (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. WHO Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Zalakain, J., y Davey, V. (2020). *The impact of COVID-19 on the long-term care system in Spain*. Policy Press. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16270.89922>

ANEXO 1.

Protocolo de observación participante en los CAM de la Diputación de Lugo

Ficha de identificación	
Campo	Contenido
Centro observado	
Municipio	
Fecha	
Número de jornada (1ª/2ª visita al centro)	
Horario de presencia efectiva	
Observador/a	
Condiciones de acceso (personas presentes, actividades en curso)	

ROL DEL OBSERVADOR Y PROCEDIMIENTO GENERAL

El rol adoptado es el de observador participante periférico (Adler y Adler, 1987): participación en las actividades ordinarias del centro —comidas, actividades de estimulación, salidas al exterior, reuniones de coordinación cuando sea posible— sin asumir funciones asistenciales, de gestión o de supervisión. Al inicio de cada jornada se presentará el propósito de la visita a la dirección, al personal presente y, de forma adaptada, a los residentes que se encuentren en espacios comunes. Se evitará la toma de notas visible durante interacciones sensibles para minimizar el efecto reactivo.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN POR DIMENSIONES ANALÍTICAS

Dimensión 1. Integración del centro en las dinámicas comunitarias

Indicadores que observar y registrar:

- Número y tipo de salidas de residentes al exterior del centro (a bares, domicilios propios, huertos, iglesias, comercios, otros): frecuencia, autonomía de desplazamiento, acompañamiento formal o informal.
- Entradas de personas externas al centro: perfil (familiares, vecinos, voluntarios, representantes municipales, personal sanitario), frecuencia y naturaleza de la interacción.

- Presencia de elementos del entorno cultural local en los espacios del centro: fotografías, objetos domésticos propios de los residentes, productos alimentarios locales, música, lengua.
- Intercambios materiales y simbólicos entre el centro y la comunidad: cesión o recepción de productos, colaboraciones en actividades locales, participación de residentes en la vida pública municipal.

Preguntas guía de la observación:

¿En qué medida los residentes mantienen presencia activa en el espacio público comunitario? ¿Qué formas de continuidad con la vida anterior al ingreso son visibles en la cotidianidad del centro? ¿Qué relaciones establece el centro con otras instituciones locales (Ayuntamiento, asociaciones, parroquia, comercios)?

Dimensión 2. Procesos de atención profesionalizada

Indicadores que observar y registrar:

- Estructura y secuencia de la jornada asistencial: distribución horaria de actividades, tiempos de atención individual y colectiva.
- Naturaleza de las interacciones profesional-residente: carácter (instrumental/relacional), tono, grado de personalización, respeto a la autonomía del usuario.
- Actividades de estimulación cognitiva y funcional: tipo, metodología, nivel de participación de los residentes, adaptaciones observadas.
- Adaptaciones culturales de los protocolos de intervención: uso de referentes locales, menús según calendario festivo, canciones o refranes, actividades vinculadas a saberes tradicionales.
- Situaciones en que los protocolos formales son modificados, omitidos o renegociados en la práctica cotidiana.

Preguntas guía de la observación:

¿Cómo se equilibra la estandarización asistencial con la individualización de la atención? ¿En qué momentos y de qué manera los profesionales adaptan los protocolos al contexto cultural y a las historias de vida de los residentes? ¿Qué estrategias emplean los residentes para mantener su esencia dentro del marco institucional?

Dimensión 3. Mecanismos de coordinación interadministrativa

Indicadores que observar y registrar:

- Reuniones de coordinación entre el centro y el Ayuntamiento: participantes, formato (presencial/remoto), contenidos tratados, tipo de decisiones adoptadas, grado de horizontalidad o verticalidad en la interacción.
- Flujos de comunicación formal e informal entre la dirección del centro y los representantes municipales.
- Recursos de titularidad municipal utilizados en la actividad del centro: espacios, vehículos, personal, servicios.
- Presencia e implicación de representantes municipales en la vida ordinaria del centro.
- Expresiones discursivas sobre la distribución de responsabilidades, la suficiencia de la financiación y las tensiones administrativas o políticas entre niveles de gobierno.

Preguntas guía de la observación:

¿Cómo se materializa operativamente la colaboración Diputación-Ayuntamiento en el día a día del centro? ¿Qué tensiones emergen en la coordinación interadministrativa y a través de qué mecanismos se gestionan? ¿Qué narrativas circulan entre los actores locales sobre la ausencia de financiación autonómica?

Dimensión 4. Participación y autonomía de los usuarios

Indicadores que observar y registrar:

- Espacios y mecanismos formales de participación de los residentes en la planificación de actividades y en la toma de decisiones sobre la vida del centro.
- Iniciativas surgidas de los propios residentes: propuestas, reclamaciones, aportaciones a la organización cotidiana.
- Formas de resistencia o adaptación frente a las normas y rutinas institucionales: negociaciones informales, incumplimientos tolerados, apropiaciones creativas de los espacios y tiempos.
- Inversiones espontáneas de las jerarquías cuidador-cuidado: situaciones en que los residentes asumen roles de transmisión de saberes, dirección de actividades o cuidado recíproco entre pares.

Preguntas guía de la observación:

¿De qué manera participan activamente y toman decisiones los residentes dentro del marco institucional? ¿Qué mecanismos –formales e informales– recogen sus preferencias y les permiten incidir en la vida del centro? ¿En qué medida la dirección y el personal facilitan o limitan dicha capacidad de decisión?

Sistema de registro y procesamiento de las notas de campo

Registro in situ: anotaciones condensadas, descriptivas y lo más literales posible respecto a las interacciones observadas. Se evita la interpretación en esta fase. Se recomienda el uso de un cuaderno de campo de pequeño formato para minimizar la visibilidad del registro.

Descripción expandida post-sesión: redacción detallada de la jornada observada, incorporando descripciones contextuales, citas textuales de conversaciones informales y primeras reflexiones analíticas. Se realizará en las cuatro horas siguientes a la finalización de la jornada de observación para preservar la frescura de la memoria.

Memorando metodológico: al finalizar cada jornada, redacción de una nota breve (media página) que recoja: dificultades encontradas durante la observación, posibles sesgos identificados en la actuación del observador, aspectos que requieren atención específica en la siguiente visita al centro y preguntas analíticas emergentes.

Codificación: primera fase de codificación abierta (identificación de categorías emergentes sin restricción teórica previa); segunda fase de codificación focalizada orientada a las cinco dimensiones analíticas del protocolo y a las categorías conceptuales centrales del estudio, siguiendo la lógica del análisis comparativo constante (Glaser y Strauss, 2017).

Extended Abstract

1. Introduction

Population ageing and rural depopulation constitute two of the most significant structural transformations affecting contemporary European societies, particularly in inland areas of the Iberian Peninsula. These dynamics are deeply territorial, reshaping socio-spatial organisation and challenging the sustainability of welfare provision in low-density regions. In Spain, 23.1% of municipalities are severely aged, with more than one third of their population over 65, a situation especially acute in peripheral rural areas.

The literature consistently highlights structural barriers to rural geriatric care, including limited access to specialised services, geographical dispersion, and the out-migration of qualified professionals to urban centres. This trend has intensified through a "second wave of depopulation", involving the loss of highly educated cohorts. At the same time, informal care systems—traditionally sustained by women—are increasingly unsustainable due to socio-economic change.

These constraints are compounded by the inefficiencies of service provision in sparsely populated territories, where higher per capita costs and the absence of economies of scale render conventional residential models largely unviable. Within this context, the province of Lugo represents an extreme case, with a population density of 32.9 inhabitants/km² and an ageing index exceeding 220%. Demographic projections indicate the potential disappearance of several municipalities in the coming decades.

In response to the limitations of regional provision, the Provincial Council of Lugo has developed, since 2010, a network of Elderly Care Centres (ECCs) through agreements with eighteen municipalities, financed entirely through local public resources. This case is analytically significant due to the convergence of three dimensions: horizontal public governance in a context of institutional gaps; the implementation of Integrated Person-Centred Care (IPCC) under constrained conditions; and a multifunctional territorial role combining care provision, employment generation, and population retention.

2. Objectives, Methodology, and Sources

The research addresses three questions: how collaborative governance and IPCC are operationalised in highly rural contexts; what territorial and socioeconomic impacts the ECC network generates; and under what conditions a locally financed model can be sustained.

Accordingly, three objectives are defined: to analyse the governance architecture between the Provincial Council and municipalities; to assess multidimensional territorial impacts; and to identify conditions for sustainability and scalability.

A qualitative case study design is adopted, grounded in critical realism and supported by methodological triangulation. Four strategies are combined: documentary analysis of agreements, reports, and budgets using categorical content analysis; participant observation in four centres (64 hours across eight days in 2024); analysis of secondary statistical data; and estimation of economic impact through regional input–output modelling.

The analysis follows an abductive logic, iterating between empirical evidence and theory. Findings were validated through a member-checking session with institutional actors.

3. Findings

The Provincial Council finances approximately 90% of capital investment (averaging 1.81 million euros per centre), while municipalities contribute land and 200,000 euros. Annual operating costs average 874,491 euros per centre, generating a total deficit of 3.6 million euros, distributed through a population-weighted formula (75% Provincial Council, 25% municipalities).

The governance model transcends the dichotomy between full public management and outsourcing. Core IPCC functions remain publicly managed, while ancillary services are selectively outsourced without compromising relational care. This reflects a hybrid institutional configuration adapted to rural constraints.

Only 28.3% of users present the highest dependency level, indicating that the model addresses broader needs beyond those recognised by the national system.

Access prioritises territorial attachment rather than strictly age or dependency criteria, aligning with ageing-in-place approaches and challenging age-based exclusion.

The socioeconomic impact is notable: each centre generates around 25 direct jobs, with 80% of employees residing locally, reinforcing labour markets and reducing commuting. Fiscal returns are estimated between 0.60 and 0.66 euros per euro of expenditure, evidencing significant local multiplier effects.

Participant observation identifies a form of "permeable institutionalisation", characterised by continuous interaction between centres and communities. Residents actively participate in local cultural life, contributing to knowledge transmission and reversing traditional care hierarchies. Care practices incorporate local cultural and gastronomic elements, enhancing well-being and continuity. Informal exchanges further sustain a moral economy underpinning social cohesion.

4. Discussion

The ECC model exemplifies decentralised governance and rural social innovation within the Spanish welfare system. It reflects an expansion of the welfare mix, where innovation emerges through intergovernmental collaboration rather than market provision, particularly in contexts where private actors are unviable.

Permeable institutionalisation challenges classical notions of residential care as a site of social rupture, demonstrating continuity in residents' social and cultural trajectories. This extends the IPCC paradigm by embedding care within territorial and community dynamics.

The identification of an optimal scale of 30–40 places per centre highlights the balance between economic viability and personalised care. Unlike similar models, however, the Lugo case operates without substantial regional or national funding, underscoring its institutional singularity.

Economically, the findings contest the perception of social expenditure as unproductive, demonstrating its role in local development through employment generation and income recirculation. Nevertheless, the absence of regional government funding remains a key structural limitation, raising concerns about long-term sustainability.

5. Conclusions

Four main conclusions emerge. First, horizontal intergovernmental collaboration overcomes scale constraints, achieving occupancy rates above 90%. Second, permeable institutionalisation enhances well-being beyond biomedical indicators, incorporating social and cultural dimensions. Third, local investment produces significant multiplier effects, supporting economic resilience and population retention. Fourth, long-term sustainability requires regional co-financing.

The ECC network demonstrates that rural geriatric centres can function simultaneously as care infrastructures, drivers of territorial development, and mechanisms of community cohesion. It thus represents a form of transformative social innovation that reconciles efficiency, spatial justice, and the humanisation of care.

6. Future Directions

Future research should prioritise longitudinal analyses of residents' trajectories within permeable institutional contexts and comparative studies across peripheral European regions. Greater use of participatory methodologies is needed to incorporate diverse stakeholder perspectives.

From a policy perspective, three priorities emerge: the development of territorially sensitive regulatory frameworks; the establishment of multilevel funding systems resilient to political dynamics; and the design of evaluation tools capable of capturing the broader social value generated by these initiatives beyond purely economic metrics.