



UNIVERSIDAD  
D  
CÓRDOBA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

**Título**

“ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL,  
EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD  
SOCIOSANITARIA COMPLEJA”

“Care for the elderly at social risk, experiences of a complex  
social and health reality.”

**Autora de la tesis:** Ángeles Pastor López.

**Directores de la tesis:** Prof. Dr. Manuel Rich-Ruiz y Prof. Dr Pedro Emilio  
Ventura-Puertos

**Programa de doctorado:** BIOMEDICINA

**Fecha de depósito tesis en el Idep:** 06/05/2023

TITULO: *ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL, EXPERIENCIAS DE  
UNA REALIDAD SOCIOSANITARIA COMPLEJA*

AUTOR: *Ángeles Pastor López*

---

© Edita: UCOPress. 2023  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>  
[ucopress@uco.es](mailto:ucopress@uco.es)

---



## INFORME RAZONADO DE LOS DIRECTORES DE TESIS

 UNIVERSIDAD DE CORDOBA	<b>INFORME RAZONADO DE LAS/LOS DIRECTORAS/ES DE LA TESIS</b> Este documento se presentará junto con el depósito de la tesis en <a href="https://moodle.uco.es/ctp3/">https://moodle.uco.es/ctp3/</a>	 Instituto de Estudios de Grado y de Programa
<b>DOCTORANDA/O</b>		
ÁNGELES PASTOR LÓPEZ		
<b>TÍTULO DE LA TESIS:</b>		
ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL: EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD SOCIO-SANITARIA COMPLEJA		
<b>INFORME RAZONADO DE LAS/LOS DIRECTORAS/ES DE LA TESIS</b> (se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma)		
<p>La doctoranda ha desarrollado todo su proceso investigador con una gran dedicación, gran capacidad de adaptación a las adversidades y una enorme ilusión, actitudes que le han permitido alcanzar este momento de presentación de la tesis. En el desarrollo del proyecto investigador, la doctoranda ha puesto en práctica numerosas habilidades y procedimientos de investigación con metodología cualitativa. Desde una recogida de datos en la que ha empleado varias técnicas – entrevistas individuales y grupos focales- hasta un análisis en el que ha utilizado el método de las comparaciones constantes, con la complejidad e incertidumbre que este método genera en cualquier persona que se inicia en estas tareas de investigación cualitativa.</p> <p>Además, la doctoranda ha participado de un minucioso proceso de triangulación de investigadores en el que se requirió la participación de un tercer investigador. La participación de este experto externo en varios momentos del análisis, así como la enorme implicación demostrada en la mejora de los resultados de la tesis, condicionó la solicitud de incorporación de éste como director de la tesis, siendo, por tanto, uno de los firmantes de este informe razonado.</p> <p>Hay que destacar, además, que la doctoranda se ha encontrado en el transcurso del trabajo de campo con numerosas dificultades, a pesar de lo cual, ha llevado a cabo el proyecto según lo planificado. Además, hubo que contar con la extraordinaria situación que supuso la pandemia de COVID-19, tanto para el trabajo de campo como para su disponibilidad para la tesis, pues le generó una enorme cantidad de trabajo como enfermera gestora de casos.</p> <p>Es necesario señalar, en este punto, el absorbente trabajo principal de la doctoranda, que ha ocasionado un importante retraso en el tiempo previsto para la finalización de la tesis, a pesar de lo cual, ha llegado a este momento de finalización de su tesis. En cuanto a los resultados de la investigación, cabe destacar la publicación de un artículo en la revista International Journal of Environmental Research and Public Health: Pastor-López Á, Ventura-Puertos PE, Hernández-Ascanio J, Cantón-Habas V, Martínez-Angulo P, Rich-Ruiz M. Emotional Universe of Nurse Case Managers Regarding Care for Elderly at Risk in Spain: A Hermeneutical Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 8;19(24):16445. doi: 10.3390/ijerph192416445. Además, ha participado todos los años, con las oportunas comunicaciones, en el Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, desde 2019 hasta el pasado 2022; así como en los Congresos Internacionales de la Sociedad Andaluza de Enfermería Familiar y comunitaria (ASANEC)</p> <p>Respecto a los objetivos formativos, la doctoranda ha realizado numerosos cursos relacionados con la temática de estudio. Además, y en cuanto a la dedicación a actividades docentes, durante todos los cursos que ha estado activa esta tesis, la doctoranda ha continuado realizando la labor docente derivada de su contrato como Profesora Asociadas CIS (Concierto con Instituciones Sanitarias), participando en las diferentes asignaturas de Prácticum de contenido comunitario en el Grado en Enfermería de la Universidad de Córdoba, siendo, además, responsable de una de ellas durante dos anualidades. De este modo, y puesto que todos los objetivos han sido alcanzados, y se cuenta con indicios de calidad suficientes, ambos directores autorizamos la presentación de la tesis doctoral.</p>		
Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.		
Córdoba, a 5 de mayo de 2023		
Las/los directoras/es		
<b>RICH RUIZ MANUEL - 30537083Y</b>	Firmado digitalmente por RICH RUIZ MANUEL - 30537083Y Fecha: 2023.05.05 09:06:49 +02'00'	Firmado digitalmente por VENTURA PUERTOS PEDRO EMILIO - 30818784A Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, serialNumber=JXCS-30818784A, givenName=PEDRO EMILIO, sn=VENTURA PUERTOS, cn=VENTURA PUERTOS PEDRO EMILIO - 30818784A Fecha: 2023.05.05 06:31:20 +02'00'
Fdo.:Manuel Rich Ruiz y Pedro E. Ventura Puertos		
<b>ESTUDIOS DE DOCTORADO</b>		
Página 1 de 1		

A todos los ancianos mayores en riesgo, porque necesitan tener una atención acorde a las necesidades que presenten y para las que debe haber soluciones “a tiempo”.

A esas personas que los cuidan, que dan todo, que no llegan y que si llegan dejan mucho de su ser/estar con el objetivo solo de querer a quien cuidan.

A todos los profesionales que atienden a este anciano mayor en riesgo, y cuidadores, con el deseo de que puedan contar con herramientas, asesoramiento y recursos que puedan llegar a dar respuestas a las necesidades que presentan.

## AGRADECIMIENTOS



En primer lugar, a mi FAMILIA, Pedro, Helena, Pedrito, apoyo y amor incondicional

A mis directores: Prof. Dr. Manuel Rich Ruiz y Prof. Dr. Pedro E. Ventura Puertos.

No hubiera sido posible este sueño sin TODA la ayuda y apoyo que me habéis dado.

A otros compañeros encontrados en el camino y al apoyo que me han dado siempre, Prof. Dra. Vanesa Cantón, Prof. Dr. José Hernández Ascanio y Prof. Dra. Nieves Muñoz Alcaraz. A amigas y amigos que han estado ahí, alentándome continuamente, GRACIAS.

No podría dejar atrás a TODAS/OS mis informantes compañeras/os que tanto han aportado a este estudio y que están ahí, dejándose el pellejo en la atención.

Especial recuerdo para ti, Nanda, EGC del CS Castilla del Pino. Ella se dejó algo más que el pellejo por su entrega al trabajo.

A Curra, trabajadora social, amiga, que fuiste quien me enseñó que era posible encontrar respuestas y que había que hacer algo (“ESAS HERMANAS VISEO”). Aquí estoy

AGRADECIDA A LA VIDA POR EL CAMINO RECORRIDO. OTRA ETAPA, MAÑANA MÁS



## TABLA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABVD /AVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AP	Atención primaria
APS	Atención primaria en salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CLIC	Centre Locaux d'Information et de Coordination
CS	Centro de Salud
DSCG	Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir
EAP	Equipos de Atención primaria
EF	Enfermera de Familia
EGC	Enfermera Gestora de Casos
FSS	Forum on Studies of Society
GC	Gestora de Casos (identificada así en los códigos de las técnicas de recogida)
GGC	Grupo de Gestoras de Casos (identificadas así en los códigos de las técnicas de recogida)
IAGG	Internacional de Geriátría y Gerontología
ICS	Investigación cualitativa en salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MEC	Mini-examen cognoscitivo
MF	Médico/a de familia (identificada así en los códigos de las técnicas de recogida)
MNA	Mini Nutritional Assessment
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONCE	Organización Nacional de Ciegos Españoles
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de la Naciones Unidas

PACE	Program of All-inclusive Care for the Elderly
PAHO	Panamerican Health Organization
PC	Primary Health Care
PIA	Plan Individual de Atención
PRISMA	Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy
PVICS	Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social
RAE	Real Academia Española
SAAD	Servicio de Atención de Ayuda a Domicilio
SAD	Servicio de ayuda domicilio
SAGG	Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontológica
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SEEGG	Sociedad Española de Enfermería Geriátrica Y Gerontológica
SESCAM	Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de la Mancha
SIPA	Services Intégrés pour Personnes Agées
SMAF	Sistema de Medida de la Autonomía Funcional
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SPPB	Short Physical Performance Battery
SSS	Sistema de Seguridad Social
TS	Trabajadora Social (identificada así en los códigos de las técnicas de recogida)
UE	Unión Europea
UNIDOP	Día Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas
VGI	Valoración Geriátrica Integral
WHO	World Health Organization
ZBS	Zonas Básicas de Salud

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

- Tabla 1. Incremento de población de personas > 65 años en el mundo (%).
- Tabla 2. Esperanza de vida en años, por sexos.
- Tabla 3. Comparativa entre comunidades, en año 2019. Tasa de población. Diferencia entre la población > 65 años y los de 80 años.
- Tabla 4. Grupos de población por edad y zonas donde viven.
- Tabla 5. Pensiones contributivas de la Seguridad Social (2018).
- Tabla 6. Herramientas de valoración más utilizadas en el medio asistencial.
- Tabla 7. Valoración Geriátrica Integral.
- Tabla 8. Cuestionario de Barber.
- Tabla 9. . Listado de iniciativas a favor del envejecimiento saludable de la ONU, OMS y UE.
- Tabla 10. Planes y Estrategias sobre envejecimiento en España (por Comunidades Autónomas).
- Tabla 11. Resumen, leyes relacionadas con la atención a personas mayores.
- Tabla 12. Servicios que ofrece la ley de dependencia.
- Tabla 13. Grados de dependencia reconocidos por la ley de dependencia.
- Tabla 14. Horas de atención domiciliaria publicadas en RD 2013.
- Tabla 15. Prestaciones a personas mayores en España.
- Tabla 16. Cartera de servicios de los profesionales de AP en el SAS.
- Tabla 17. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Grupos multidisciplinares).
- Tabla 18. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Grupo de enfermeras gestoras de casos).
- Tabla 19. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Entrevistas individuales).
- . Guion de entrevista.
- Tabla 21. Criterios de rigor y calidad (Calderón, 2002).
- Tabla 22. Perfil de los participantes.
- Tabla 23. Tabla de categorización general de resultados.

**FIGURAS**

Figura 1. Imagen Mundial del envejecimiento. Proyección comparativa de la población en 2019 y 2050.

Figura 2. Esperanza de vida a los 65 años (en años).

Figura 3: Evolución de la población de la UE por grupos de Edad.

Figura 4. Esperanza de vida en mayores de 65 años (2019).

Figura 5: Evolución por edades de mayores de 65 años.

Figura 6. Esperanza de vida en España.

Figura 7. Pirámide poblacional a 1 enero 2018 en España por sexo.

Figura 8. Años de vida saludable perdidos por discapacidad cada 100.000 habitantes y las 10 afecciones más asociadas con discapacidades, en poblaciones de 60 años y más, 2012.

Figura 9. Nota: Estado de salud percibido por sexo y grupo de edad.

Figura 10. Tasa de mortalidad en mayores de 65 años, causas más frecuentes.

Figura 11. Formas de convivencia de las personas > 65 años.

Figura 12. Diferencias entre hombres y mujeres por edad y estado civil.

Figura 13. Perfil de las personas que cuidan (edad y sexo).

Figura 14: Tasa de riesgo de pobreza por grupo de edad, 2008-2017.

Figura 15. Aspectos a valorar en la VGI.

Figura 16. Método analítico.

Figura 17. Edad de los participantes.

Figura 18. Distribución por sexo.

Figura 19. Tiempo de trabajo en AP.

Figura 20. Resumen gráfico global de resultados.

Figura 21. Resumen de las barreras relacionadas con la situación del mayor.

Figura 22. Resumen de las barreras vinculadas al sistema de atención.

Figura 23. Resumen de las barreras de los profesionales.

Figura 24. Resumen de la forma en que los profesionales de AP gestionan estos problemas.

Figura 25. Emociones manifestadas por los profesionales en relación a la atención al mayor en riesgo.

Figura 26. Resumen de las alternativas propuestas por los profesionales.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>ENVEJECIMIENTO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<i>La Población Mayor A Nivel Mundial.....</i>	<i>5</i>
Distribución De La Población Mayor En El Mundo. ....	5
Distribución De La Población Mayor Por Sexo.....	7
<i>La Población Mayor En Europa.....</i>	<i>8</i>
<i>La Población Mayor En España.....</i>	<i>11</i>
<i>La Población Mayor En La Provincia De Córdoba.....</i>	<i>15</i>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>16</b>
<b>LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR.....</b>	<b>16</b>
<i>Salud, Bienestar Y Envejecimiento Saludable. Determinantes De La Salud.....</i>	<i>16</i>
<i>Problemas De Salud De La Persona Mayor.....</i>	<i>20</i>
La Multimorbilidad.....	22
Síndromes Geriátricos.....	24
Estado De Salud Percibido.....	25
Mortalidad.....	25
<i>Realidad Social De La Persona Mayor.....</i>	<i>27</i>
Las Viviendas.....	28
Entornos, El Lugar Donde Viven.....	28
La Forma De Convivencia.....	30
La Familia Y Otros Apoyos.....	32
Aspectos Económicos.....	33
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>35</b>
<b>LA VALORACIÓN DE LA PERSONA MAYOR Y SU CLASIFICACIÓN.....</b>	<b>35</b>
<i>Valoración De La Persona Mayor.....</i>	<i>36</i>
<i>Herramientas Más Utilizadas En El Medio Asistencial.....</i>	<i>37</i>
<i>Herramientas Más Utilizadas Para La Valoración Geriátrica Integral.....</i>	<i>41</i>
Valoración Geriátrica Integral.....	41
Cuestionario De Barber.....	43
<i>Clasificaciones De La Persona Mayor.....</i>	<i>44</i>
Clasificación De La Sociedad Española De Geriatria Y Gerontología (SEGG).....	44
Clasificación De Robles, Miralles, Llorach.....	45
Clasificación De Caño Labarga.....	46
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>48</b>
<b>EL MAYOR EN RIESGO.....</b>	<b>48</b>
<i>Fragilidad Y Riesgo.....</i>	<i>49</i>
<b>CAPÍTULO V. RESPUESTAS INSTITUCIONALES AL ENVEJECIMIENTO.....</b>	<b>53</b>
<i>Nivel Internacional: ONU, OMS Y UE.....</i>	<i>53</i>
<i>Normativa Nacional.....</i>	<i>60</i>
<i>Nivel Autonómico.....</i>	<i>64</i>
A Nivel De Andalucía.....	65
<i>Legislación Nacional Relacionada Con El Envejecimiento.....</i>	<i>67</i>
La Constitución Española De 29 De Diciembre De 1978. Derechos Del Mayor.....	68
Ley 14/1986 Del 25 De Abril (Ley General De Sanidad).....	69
Ley De Promoción De La Autonomía Personal Y Atención A Las Personas En Situación De Dependencia (Conocida Como <i>Ley De Dependencia</i> ).....	71

Real Decreto 1051/2013, De 27 De Diciembre.....	71
CAPÍTULO VI. ATENCIÓN PRIMARIA.....	80
CAPÍTULO VII. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.....	89
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>95</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>96</b>
DISEÑO.....	96
ÁMBITO.....	96
SUJETOS DE ESTUDIO.....	97
RECLUTAMIENTO.....	98
RECOGIDA DE DATOS.....	99
ANÁLISIS.....	102
CALIDAD Y RIGOR.....	103
ASPECTOS ÉTICOS.....	105
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>107</b>
PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO.....	107
ÁRBOL CATEGORIAL DE LOS RESULTADOS.....	109
<i>DIMENSIÓN DEL PROBLEMA Y DIFICULTADES.....</i>	<i>109</i>
DEASARROLLO NARRATIVO DE LOS RESULTADOS.....	111
<i>Dimensión Y Complejidad Del Problema.....</i>	<i>112</i>
<i>Barreras Relacionadas Con La Atención A La Salud De Las Personas Mayores En Riesgo Social. ...</i>	<i>114</i>
Barreras Relacionadas Con La Situación Del Mayor.....	114
1. La situación de salud del mayor.....	115
2. Una visión distorsionada de su salud (y sus capacidades).....	119
3. Los problemas de vivienda y del entorno.....	121
4. Los recursos económicos.....	124
5. El patrón de convivencia.....	127
6. La familia y las redes de apoyo.....	129
7. Situaciones de maltrato en la persona mayor.....	135
8. La evitación de responsabilidad y su traslación al sistema.....	138
9. El apoyo formal.....	141
Barreras Del Sistema.....	144
1. Problemas en la organización del sistema:.....	144
2. Falta de recursos institucionales.....	153
4. El exceso de burocracia.....	161
Barreras De Los Profesionales Que Atienden A La Persona Mayor En Riesgo.....	163
1. El paternalismo y otras actitudes profesionales.....	163
2. El desconocimiento de los recursos.....	165
3. La falta de formación.....	166
4. La falta de habilidades de comunicación.....	167
<i>Cómo Gestionan Los Profesionales De AP Estos Problemas.....</i>	<i>168</i>
1. Una Captación Reactiva.....	168
2. La Valoración Integral.....	169
3. El “Nudo Inmaterial” Que Liga Y Resuelve La Atención.....	171
4. Una Información Y Orientación “Situada En El Sistema”.....	174
5. La Movilización De Recursos: La Solicitud De La Ley De Dependencia.....	175
6. La Realización De Informes.....	176
7. Seguimiento Y Coordinación: “Estar En Pleno Contacto, Todos Con Todos”.....	176
8. Gestión De La Inmediatez Para Problemas Urgentes.....	178
9. Intervención Familiar, Como Recurso.....	179
10. “Buscarse La Vida” Recurriendo A Otros Recursos.....	180

11. Se Traspasan Las Funciones .....	182
<i>Repercusión Emocional En Los Profesionales Que Atienden A La Persona Mayor En Riesgo .....</i>	<i>183</i>
<i>Alternativas: Si Tuviera Una Varita Mágica .....</i>	<i>193</i>
1. Promover En El Envejecimiento Activo. Prevención .....	194
2. Reconocer Al Equipo De AP Y Trabajar Desde Él.....	198
3. Coordinarnos (Inter)Institucionalmente.....	202
4. Evitar La Institucionalización. ....	207
5. Disponer De Mayores Recursos.....	209
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>216</b>
LIMITACIONES .....	245
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>247</b>
<b>PRODUCCIÓN.....</b>	<b>252</b>
PUBLICACIÓN EN REVISTA CIENTÍFICA.....	252
COMUNICACIONES A CONGRESOS .....	252
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>254</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>281</b>
ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIETNO INFORMADO.....	282
ANEXO 2. PERMISO DEL COMITÉ ÉTICO.....	284

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar los problemas que tienen los profesionales de Atención Primaria de Salud (AP) en la atención a las personas mayores en riesgo social, explorar cómo gestionan estos problemas y conocer las alternativas que proponen. **Metodología:** Diseño: Estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico interpretativo. Ámbito: AP. Distrito sanitario Córdoba-Guadalquivir. Sujetos: 33 profesionales de AP (medicas/os, enfermeras/os, enfermeras/os gestoras de casos y trabajadoras/es sociales) con experiencia en la atención sanitaria y social a personas mayores, y que aceptaron participar en el proyecto. Recogida de datos: se han realizado 11 entrevistas en profundidad y 3 grupos focales. Dos de los grupos han sido multidisciplinares y uno con enfermeras gestoras de casos. Los grupos y entrevistas fueron audiograbados y transcritos en su totalidad. Análisis: Se ha realizado un análisis de los discursos con el método de las comparaciones constantes, creando códigos, segmentando y organizando categorías de análisis, con apoyo del software ATLAS ti9. **Resultados:** Los participantes coinciden en destacar la complejidad y las dimensiones del problema. Las principales barreras identificadas se han agrupado en tres bloques: barreras asociadas a la situación que tiene el propio mayor, barreras en el sistema, y barreras asociadas al propio profesional. En lo que respecta a cómo los profesionales gestionan estos problemas, puede resumirse en: una captación reactiva, una valoración integral, una información orientación “situada en el sistema”, un “nudo inmaterial” que liga y resuelve la atención, y una gestión de los recursos “más allá” de la ley de dependencia. Respecto a las alternativas propuestas para resolver la situación descrita, destacan: la identificación proactiva de casos, promover el envejecimiento activo y evitar la institucionalización, establecer protocolos de intervención y un “sistema de alerta y respuesta rápida”, la creación de un “profesional referente”, trabajar en sistemas de atención integrada, con presupuestos complementarios, más formación y preparación de los profesionales y, finalmente, el compromiso institucional. **Discusión/Conclusiones:** Los resultados desvelan barreras que tienen que ver con la compleja situación de estas personas mayores, pero también

con un sistema fragmentado —y con fuertes limitaciones— y con unos profesionales que reconocen sus dificultades. Entre sus propuestas, desde el mayor compromiso institucional y la mayor dotación presupuestaria, hasta la creación de nuevas figuras y formas de coordinación y respuesta, pasando por la necesaria visibilización del problema y de sus protagonistas — mayores y profesionales-. En definitiva, estamos hablando de un problema que no es algo aislado que compete a la atención sanitaria, sino que lo hace a toda la sociedad en su conjunto.

**Palabras clave:** envejecimiento, mayores en riesgo social, atención primaria, estudio cualitativo.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the problems faced by Primary Health Care (PC) professionals in caring for older adults at social risk, explore how they manage these problems, and acknowledge the alternatives they propose. **Methodology:** Design: Qualitative study with an interpretative phenomenological approach. Setting: Primary Health Care (PC). Córdoba-Guadalquivir health district. Subjects: 33 PC professionals (physicians, nurses, case management nurses, and social workers) with experience in health and social care for older adults agreed to participate in the project. Data collection: 11 in-depth interviews and three focus groups were carried out. Two groups were multidisciplinary, and one was composed of nurse case managers. The groups and interviews were audio-recorded and transcribed in their entirety. Analysis: An analysis of the discourses was carried out using the constant comparisons method, creating codes, segmenting, and organizing categories of analysis, with the support of ATLAS ti9 software. **Results:** Participants agreed on the complexity and dimensions of the problem. The main barriers identified were grouped into three blocks: barriers associated with the situation of the older adults, barriers in the system, and barriers associated with the professionals themselves. Concerning how the professionals manage these problems, they can be summarized as follows: a reactive approach, a comprehensive assessment, an information orientation "located in the system," an "immaterial knot" that links and resolves the care and management of resources "beyond" the Dependency Law. Regarding the alternatives proposed to resolve the situation described, the following stand out: proactive identification of cases, promoting active aging and avoiding institutionalization, establishing intervention protocols and a "rapid alert and response system," the creation of a "referent professional," working on integrated care systems, with complementary budgets, more training and preparation of professionals and, finally, institutional commitment. **Discussion/Conclusions:** The results reveal barriers that have to do with the complex situation of these older adults, but also with a fragmented system - and with solid limitations - and with professionals who recognize their difficulties. Among its proposals,

from more significant institutional commitment and budget allocations to the creation of new figures and forms of coordination and response, as well as the necessary visibility of the problem and its protagonists -older adults and professionals-. In short, we are talking about a problem that is not something isolated that is the responsibility of health care but of society as a whole.

**Keywords:** aging, older adults at social risk, primary care, qualitative study.

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I. ENVEJECIMIENTO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN

En este capítulo se aborda la situación sociodemográfica de la población mayor y el envejecimiento poblacional (distribución por edad, sexo) tanto a nivel mundial, como europeo, nacional, autonómico y local.

#### ***La Población Mayor A Nivel Mundial.***

Según datos del Banco Mundial, en 2021 las personas de 65 años o más representaban el 9,54% de la población mundial. Este porcentaje casi se ha duplicado en las últimas seis décadas, puesto que en 1960 este no alcanzaba el 5% (Mena Roa, 2022).

Pero, además, según el informe de Naciones Unidas (United Nations, 2019) en relación con la proyección de población en el mundo, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones.

Siguiendo esta tendencia, en 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones) y se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (United Nations, 2019).

Un análisis de la situación poblacional tras COVID-19, indica que el panorama de crecimiento en población mayor de 65 años apenas si ha tenido alteraciones significativas (United Nations, 2022).

#### **Distribución De La Población Mayor En El Mundo.**

Además, este incremento de la población mayor de 65 años es una realidad en todo el mundo y confirma la **reducción de la brecha entre países ricos y pobres.**

**Tabla 1. Incremento de población de personas > 65 años en el mundo (%)**

Región	2019	2030	2050
En el mundo	9,1	11,7	15,9
África Sub-sahariana	3,0	3,3	4,8

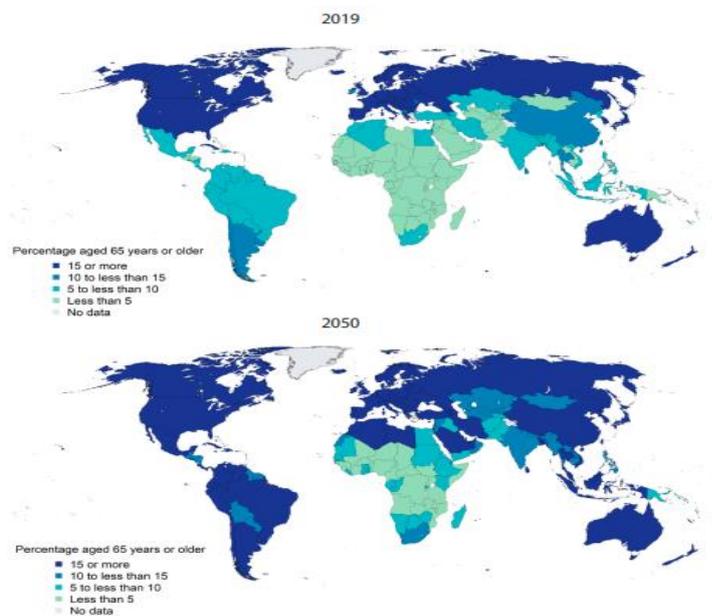
Norte de África y Oeste de Asia	5,7	7,6	12,7
Asia Central y Sur de Asia	6,0	8,0	13,1
Este y Sur Este de Asia	11,2	15,8	23,7
América Latina y Caribe	8,7	12,0	19,0
Australia/ Nueva Zelanda	15,9	19,5	22,9
Oceanía	4,2	5,3	7,7
Europa y América del Norte	18,0	22,1	26,1

Nota. Proyección del incremento del envejecimiento]

Fuente: <https://population.un.org/wpp/>

Este crecimiento se puede ver de forma gráfica también en la Figura 1.

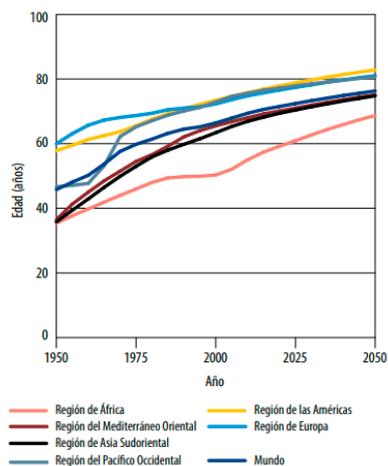
**Figura 1. Imagen Mundial del envejecimiento. Proyección comparativa de la población en 2019 y 2050.**



Fuente: <https://population.un.org/wpp/>

Las razones de este incremento tienen que ver, entre otras, con una mayor **esperanza de vida al nacer**. El actual aumento mundial de la longevidad sitúa estas cifras en 72,6 años en 2019. Además, se prevé que la esperanza de vida al nacer de la población mundial se incremente desde los 72,6 años en 2019 (más de 8 años desde 1990) hasta los 77,1 años en 2050.

**Figura 2. Esperanza de vida a los 65 años (en años).**



Fuente: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf))

Pero, además, también se esperan incrementos en la **esperanza de vida a los 65 años**. Actualmente, y a nivel mundial, una persona de 65 años tiene una esperanza de vida de 17 años, pero para el año 2050 esa cifra llegará a los 19 años (Helpage International, 2023), unas cifras que justifican las estimaciones en el incremento previsto del número de personas de 80 años o más (que espera que, como hemos indicado, se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones).

#### **Distribución De La Población Mayor Por Sexo.**

Por otro lado, respecto a la **distribución por sexo** de la población, según informe de Naciones Unidas (2022), “a escala mundial, las mujeres representaban el 55,7% de las personas de 65 años o más en 2022, aunque se prevé que su porcentaje disminuya ligeramente hasta el 54,5% en 2050”.

No obstante, esta distribución es desigual, como se observa en la siguiente tabla 2 (tabla 2).

**Tabla 2. Esperanza de vida en años, por sexos**

REGIÓN	2021		2050	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres

En el mundo	68,4	73,8	74,8	79,8
África Sub-sahariana	57,8	61,6	64,3	69,1
Norte de África y Oeste de Asia	69,7	74,8	76,0	80,8
Asia Central y Sur de Asia	65,9	69,6	74,9	79,4
Este y Sur Este de Asia	73,6	79,6	79,4	84,1
América Latina y Caribe	68,8	75,8	78,1	83,1
Australia/ Nueva Zelanda	82,7	85,6	85,4	88,6
Oceanía	64,6	70,1	68,4	74,9
Europa and América del Norte	73,9	80,4	81,6	86,1

Elaboración propia. Fuente:

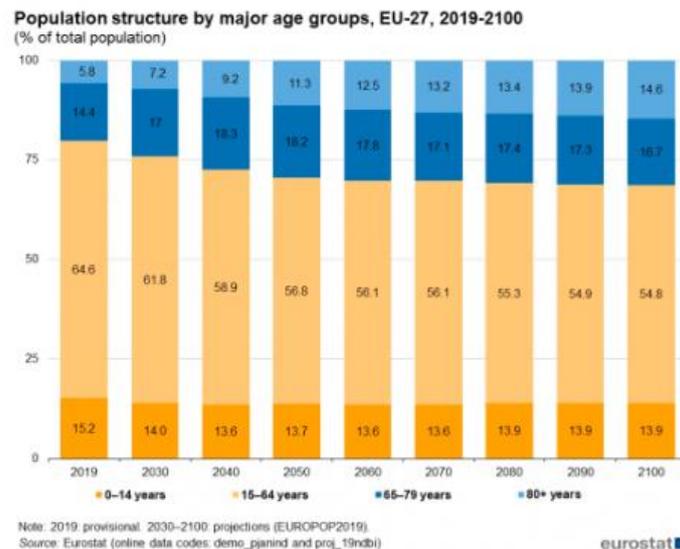
[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf)

### ***La Población Mayor En Europa.***

Por su parte, el Informe Eurostat, señala la misma tendencia en Europa. La población de personas mayores está creciendo a mayor velocidad que cualquier otro segmento de edad de la población de la UE (2023).

La población de mayores de 65 años superó en tamaño a la población de menos de cinco años en 2018 por primera vez en la historia y se espera que su tamaño se doble entre 2019 y 2050, mientras que la de los niños menores de cinco años permanecerá estable en los mismos niveles (Figura 3)

**Figura 3: Evolución de la población de la UE por grupos de Edad.**



Fuente: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

[explained/index.php?title=Archive:Estructura demogr%C3%A1fica y envejecimiento de la poblaci%C3%B3n&oldid=510186](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estructura_demogr%C3%A1fica_y_envejecimiento_de_la_poblaci%C3%B3n&oldid=510186)

Solo la proporción de población mayor de Japón (26,3%) supera a la de los países europeos. Tras Japón, se sitúan Italia (22,4%) y Alemania (21,2%), mientras que Francia y el Reino Unido presentan unos valores muy similares a los españoles (European Union, 2023).

Respecto al porcentaje de personas de 80 años o más dentro de la población de la EU-28, está previsto que se duplique con creces entre 2016 y 2080, pasando de 5,4 % a 12,7 % (INE, 2023).

En este sentido, la **esperanza de vida media de los mayores a los 65 años** es de 19,9 años, según informes realizados por Eurostat en 2017. España se pone en segundo lugar con 21,5 años, después de Francia, seguido de Italia, Malta o Portugal.

**Figura 4. Esperanza de vida en mayores de 65 años (2019)**

	AÑOS
<b>Unión Europea</b>	<b>19,9</b>
Francia	21,7
<b>España</b>	<b>21,5</b>
Italia	20,9
Malta	20,7
Portugal	20,4
Finlandia	20,4
Suecia	20,4
Bélgica	20,3
Irlanda	20,2
Luxemburgo	20,2
Grecia	20,1
Austria	20,1
Países Bajos	20,0
Reino Unido	20,0
Chipre	19,9
Eslovenia	19,8
Alemania	19,7
Dinamarca	19,6
Estonia	18,7
Polonia	18,3
Chequia	18,1
Croacia	17,4
Lituania	17,4
Eslovaquia	17,4
Letonia	17,0
Hungría	16,7
Rumanía	16,7
Bulgaria	16,1

Fuente: <file:///C:/Users/USER/Downloads/publication.pdf>

Respecto a las diferencias existentes en la **proporción de personas mayores en los diferentes países europeos**, Italia (23 %), Grecia, Finlandia, Portugal, Alemania y Bulgaria (todos ellos con un 22 %) presentan los porcentajes más elevados, mientras que Irlanda (14 %) y Luxemburgo (15 %) presentan los más bajos. No obstante, durante el periodo 2001-2020 se observó un aumento de la proporción de personas de 65 años o más en todos los Estados miembros, desde el mayor aumento en Finlandia (+7 p.p.) hasta el menor, observado en Luxemburgo (+1 p.p.) (INE, 2021).

Del mismo modo, **la distribución por sexos** también es desigual. Así, mientras la esperanza de vida en países como Letonia y Lituania alcanza una diferencia entre mujeres y hombres de casi 10 años, en otros países, como los Países Bajos, Malta, Irlanda (datos de 2020), Suecia y Dinamarca esta diferencia era de menos de 4 años (European Union, 2023).

### La Población Mayor En España.

La tendencia en España no es distinta, el índice de envejecimiento medio en personas > de 65 años, actualmente, es del 19.40% y el de los > 80 años constituye 6.14%. España se identifica como uno de los países más envejecidos del planeta con un 18,8% de población de 65 años y más en 2015 (cifra similar a la estimada por el INE: 18,7%). Además, se calcula que el porcentaje de población mayor de 65 años para el año 2029 será del 24,9% y en el año 2064 del 38,7% (INE, 2020, 2023) (Figura 5).

Figura 5: Evolución por edades de mayores de 65 años.

Proporción de personas mayores de cierta edad				
Años	De 65 y más años (%)	De 70 y más años (%)	De 80 y más años (%)	De 100 y más años (%)
2016	18,7	13,7	6,0	0,02
2017	19,0	13,9	6,1	0,02
2018	19,2	14,0	6,2	0,02
2019	19,4	14,3	6,1	0,02
2020	19,6	14,4	6,0	0,03
2025	21,5	15,6	6,5	0,05
2030	24,0	17,3	7,4	0,07
2035	26,5	19,4	8,1	0,10
2040	28,8	21,4	9,1	0,11
2045	30,9	23,4	10,4	0,15
2050	31,4	25,0	11,6	0,20
2055	31,0	25,3	12,6	0,24
2060	30,1	24,6	13,5	0,30
2065	29,1	23,5	13,3	0,37
2070	28,6	22,5	12,4	0,43

Fuente 2016-2020, Indicadores Demográficos Básicos  
(2020 provisional)

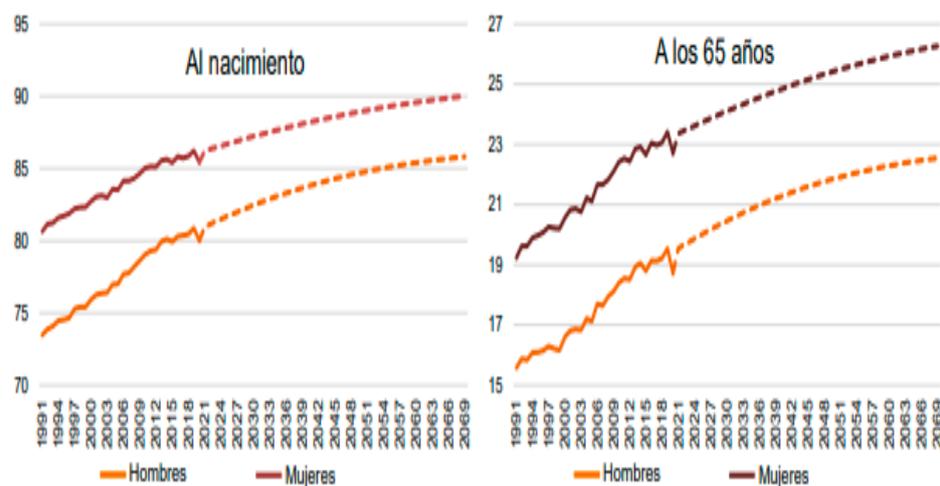
Fuente: [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf)

Conjuntamente, las proyecciones de población apuntan a que en el año 2065 las personas de más de 80 años representarán un 18,1% sobre el total de población mayor (Imsero, 2023b) frente al 0,6% sobre el total de población actual de 65 años. Pero, además, se estima que la población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasará de las 12.551 personas en la actualidad a 217.344 al final del periodo proyectado (2070).(INE, 2020).

Este incremento tiene que ver, sin duda, con el incremento de la **esperanza de vida al nacer**, que se encuentra por encima de los 83 años (Figura 6).

Figura 6. Esperanza de vida en España

## Esperanza de vida observada (1991-2019) y proyectada (2020-2069)



Fuente: Nota de prensa INE (2020) [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf)

Pero, sin duda, el mayor incremento se encuentra en la **esperanza de vida media de los mayores a los 65 años**, que, como se indicó en el apartado anterior, es de 21,5 años, solo superada por Francia, y seguida de Italia, Malta o Portugal (European Union, 2023).

Respecto a las diferencias existentes en la **proporción de personas mayores** en las diferentes comunidades autónomas, pueden observarse en la Tabla 3.

**Tabla 3. Comparativa entre comunidades, en año 2019. Tasa de población. Diferencia entre la población > 65 años y los de 80 años.**

	>65 años		>80 años
Total Nacional	19,4	Total Nacional	6,14
Asturias, Principado de	25,66	Rioja, La	9,42
Castilla y León	25,23	Castilla - La Mancha	8,74
Galicia	25,16	Galicia	8,72
País Vasco	22,6	Castilla y León	7,64
Cantabria	21,9	Islas Balears	7,32

Aragón	21,65	Aragón	7,24
Rioja, La	21,11	Murcia, Región de	7,21
Extremadura	20,64	Cataluña	7,14
Navarra	19,8	Extremadura	6,86
Comunitat Valenciana	19,51	Canarias	6,41
Cataluña	19,11	Navarra	6,07
Castilla - La Mancha	18,99	Comunitat Valenciana	5,71
Madrid, Comunidad de	17,86	Madrid, Comunidad de	5,55
Andalucía	17,16	Asturias	4,89
Canarias	16,22	Andalucía	4,76
Islas Baleares	15,82	País Vasco	4,34
Murcia, Región de	15,78	Cantabria	4,29
Ceuta	12,02	Ceuta	3,19
Melilla	10,72	Melilla	2,9

Elaboración Propia. Fuente: <file:///C:/Users/USER/Downloads/publication.pdf>

Entre las comunidades con mayor tasa de población >65 años, y que están por encima del 20%, encontramos: Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria, Aragón, la Rioja y Extremadura. Las comunidades de Valencia, Cataluña, Castilla la Mancha, Comunidad de Madrid, Andalucía, se sitúan entre el 17- 20%. Y, finalmente, Islas Baleares y Canarias, Murcia, Ceuta y Melilla tienen una tasa entre el 10 y 16%.

En Andalucía, la población mayor de 65 años suponía, en 2019, el 17,16% de la población total, mientras que los mayores de 80 años constituían el 4,76%, con tendencia a subir para el año 2022, estimándose que llegaría al 5%.

Datos similares presenta la Consejería de Salud, según la cual, en octubre 2020, había 1,2 millones de personas con más de 65 años, de las cuales algo más de 200.000, el 15,6 % de esa población, tenía más de 80 años (Servicio Andaluz de Salud, 2021).

La Estrategia de cuidados de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2015) describe el envejecimiento en Andalucía como un fenómeno se caracteriza por la feminización (un 57% de

las personas mayores de 65 años son mujeres), por el envejecimiento del envejecimiento (un 25% de las personas mayores tiene 80 años o más) y por la soledad.

Respecto a la **distribución por sexos**, el envejecimiento en España es predominantemente femenino (coincidiendo con la feminización descrita por la Estrategia de cuidados de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2015). Según el censo de población en 2017, había un 32,6% más de mujeres que de hombres (4.995.737 vs. 3.768.467), representando el 57% de las personas mayores de 65 años en España (Figura 7).

**Figura 7. Pirámide poblacional a 1 enero 2018 en España por sexo.**



Fuente:

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalleGratis&param2=1259925408261&param4=Mostrar](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalleGratis&param2=1259925408261&param4=Mostrar)

Estas diferencias se hacen evidentes, además, en distintos indicadores:

Por un lado, la **esperanza de vida al nacer** media para los hombres es de 80 años y frente a los 86,22 años para las mujeres (INE, 2023). Además, estas diferencias se prevén que sean mantenidas, alcanzándose, en 2069, los 85,8 años en los hombres y los 90,0 en las mujeres, con una ganancia de 4,9 y de 3,8 años, respectivamente, respecto a los valores actuales.

Por otro lado, la **esperanza de vida para las personas a los 65 años** se estima que se verá incrementada en 2069, hasta los 22,5 años para los hombres (3,8 más que actualmente) frente a los 26 años de las mujeres (3,6 más) (INE, 2020).

**La Población Mayor En La Provincia De Córdoba.**

La provincia de Córdoba es una de las provincias andaluzas con mayor envejecimiento en Andalucía (INE, 2023; López Doblas & Trinidad Requena, 2007).

Tiene el **índice de vejez** más alto de toda Andalucía, ese índice es de un 19,23%, es decir, más del 19% de la población cordobesa es mayor de 65 años. Solo Jaén y Granada tienen un índice más o menos similar, de un 19,2% y de un 19,17%, respectivamente, pero el resto de las provincias andaluzas se queda muy lejos del dato cordobés.

En el lado opuesto, el territorio con un índice de vejez más bajo de Andalucía es Almería, con menos de un 15%, seguido de Cádiz, con un 16,47%, de Sevilla, con un 16,51% y de Huelva, con un 16,64%. Algo más alto es el índice de Málaga, que se sitúa en un 17,24% (Santos, 2020).

Por otro lado, los mayores de 80 años suponen un total de 6,37%, mayor a la media nacional. Según los sistemas de información del **Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir**, el número de personas mayores de 80 años en esta área asciende a 25.324 personas (Servicio Andaluz de Salud., 2019).

Por último, también cabe señalar que los datos en Córdoba también reflejan una clara **desigualdad por sexos**, siendo el 37% hombres y 63% mujeres (Santos, 2020; Servicio Andaluz de Salud., 2019).

## CAPÍTULO II. LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR.

### **Salud, Bienestar Y Envejecimiento Saludable. Determinantes De La Salud.**

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, y este aumento en la esperanza de vida va a repercutir directamente en la salud de la persona mayor.

La OMS (2015) define la **Salud** como *“un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como una ausencia de enfermedad [...] A nivel biológico, el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, a la vez de una mayor vulnerabilidad a los factores del entorno y un mayor riesgo de enfermedad y muerte”*.

Así mismo hace referencia a que *“algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores se deben a la genética, [...] pero los factores que más influyen tienen que ver con el entorno físico y social, en particular la vivienda, el vecindario y la comunidad, así como otras características personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico”* (WHO, 2015)

Así pues, no solo son aspectos físicos o fisiológicos de salud sino otros de tipo social, cultural y ambiental los que interrelacionan e influyen en cómo se envejece y en el bienestar del mayor.

El **Bienestar**, en este sentido, podría ser definido como el estado en el que *“una persona puede realizar sus propias habilidades y puede hacer frente a factores que pueden perturbarla”* (WHO, 2015). Por tanto, esta capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de:

La capacidad intrínseca de la persona, siendo ésta la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

Las características del entorno que afectan esa capacidad. Este entorno abarca todos los factores exteriores que forman parte de la vida de una persona como pueden ser las relaciones que tengan, el lugar donde vive, las políticas de salud y sociales, entre otros.

Las interacciones entre la persona y esas características.

Según la OMS (2015, 2018), los tres aspectos a tener en cuenta para lograr este bienestar son:

Aspectos individuales: hábitos de vida saludables y la situación de salud que se tenga.

Aspectos ambientales: entornos que faciliten su seguridad, entornos adaptados, espacios públicos seguros, ...

Aspectos que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

Por tanto, más allá de los cambios que se presentan durante el envejecimiento (algo que aparece en todos los seres humanos), hay diferencias en el “cómo” se envejece. De forma que no solo son los años los que marcan el estado de salud de la persona, hay otros aspectos, como los cambios de rol, la posición social o necesidad de hacer frente a las pérdidas y cómo las afrontan, que añaden importantes diferencias (WHO, 2018).

Respecto al concepto de Envejecimiento Activo (EA), o envejecimiento saludable, viene definido por la OMS como el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” y, sobre él, hace hincapié en que éste refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan (Agost Felip et al., 2021; Alonso et al., 2019; Barrio Truchado et al., 2018; Carrillo-Ridao et al., 2010; LXIX Asamblea Mundial de la Salud, 2016, 2016; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015; Robledo Marín et al., 2022; WHO, 2018).

De esta forma, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida (OMS, 2015):

*“Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y*

*construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición. Se trata de influencias que definen las capacidades físicas y mentales que presentamos en cada momento (por ejemplo, al influir en nuestras opciones y nuestras decisiones relativas a la salud) y determinan, para un determinado nivel de capacidad, si podemos hacer las cosas que queremos (por ejemplo, si queremos ir a algún lugar, ¿tenemos transporte a disposición para llegar hasta allí?)*

Todo lo anteriormente expuesto implica el reconocimiento de una enorme variabilidad en cómo se vive el envejecimiento, si bien se han observado tendencias generales cuando se considera la población en su conjunto (Robledo Marín et al., 2022).

En este sentido, y en torno al envejecimiento, existen unos **determinantes** que van a marcar la calidad de vida de la persona mayor:

**Los aspectos epigenéticos** -son las condiciones filogenéticas y ontogenéticas-, y responden a la importancia de la tradición biologicista en la comprensión del envejecimiento funcional y patológico. De la misma manera, los factores psicológicos, como la cognición, la inteligencia, las emociones, los vínculos, la adaptación y la capacidad de afrontamiento en la adversidad cubren un lugar fundamental a la hora de determinar la calidad en el proceso de envejecer (Barrio Truchado et al., 2018).

**Los determinantes comportamentales** hacen alusión a los estilos de vida adoptados tanto social como individualmente por la persona, y que pueden influir en el cuidado a lo largo del ciclo vital. Se tiene en cuenta la actividad física, la alimentación, los hábitos y estilos de vida saludable, etc. En este determinante es clave el abordaje que se brinda al uso de medicamentos, debido a la alta exposición a los mismos por parte de las personas mayores y sus cuidadores, y el debido cumplimiento terapéutico, así como el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y otras prácticas adictivas como los juegos de azar (Rotaeché del Campo & Gorroñoitía Iturbe, 2022).

**Los determinantes económicos** representan la posibilidad de establecer condiciones de acceso a ingresos económicos que permitan no solo satisfacer las necesidades básicas, sino garantizar independencia y calidad en el sostenimiento de ingresos y la autonomía económica, posibilitando a su vez, el acceso al trabajo digno y satisfactorio, brindando garantías en la protección social y el posterior acceso a los sistemas de jubilación (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Según la OMS (2021), dentro de los **determinantes sociales** se encuentran el acceso a la educación, el entendimiento y a la información mediante las nuevas tecnologías, el derecho a la participación, a la recreación y el ocio, a la garantía de derechos y el apoyo social frente a condiciones de discriminación por cuestiones generacionales.

Por su parte, los **determinantes ambientales** responden a la manera como los entornos físicos pueden favorecer condiciones para la movilidad, la autonomía, la independencia, la seguridad y el cuidado que conlleven al acceso tanto en el entorno próximo y privado, como a los servicios públicos, sociales y de salud (Robledo Marín et al., 2020).

Finalmente, existen **determinantes relacionados con los servicios de salud y sociales**, pues todo lo anterior requiere de un sistema de salud que permita el acceso equitativo en atención primaria, secundaria y terciaria, además de contar con un enfoque de curso de vida, que esté orientado hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como la prestación de servicios asistenciales de larga duración que contemplen tanto el sistema de apoyo informal como formal, en donde se brinde una atención integral y digna. Ambos servicios deben priorizar la atención en salud mental, ya que el favorecimiento de ésta es clave en la prevención de la enfermedad y la promoción del envejecimiento activo (OMS, 2021).

Trabajar para favorecer los determinantes permitirá que el envejecimiento activo sea posible mediante el favorecimiento de la autonomía, la independencia, y la calidad de vida, que representa “una percepción individual de la propia posición en la vida en el contexto de la

cultura y del sistema cultural en el que se vive, según los propios objetivos, expectativas y preocupaciones” (OMS, 2021).

### ***Problemas De Salud De La Persona Mayor.***

La edad conlleva, sin duda, cambios fisiológicos, a los que, además, se suman muchos trastornos de la salud. Unos y otros pueden tener efectos importantes en la capacidad intrínseca de la persona. Entre ellos, destacan las alteraciones músculo esqueléticas, las alteraciones en los sentidos y el deterioro cognitivo por su influencia en las capacidades de las personas mayores para la vida independiente.

Respecto a las **alteraciones musculo esqueléticas**, la edad supone una disminución de la masa muscular que puede estar asociada con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética. Además, la velocidad de la marcha también se ve disminuida, ya que depende de la fuerza muscular, las limitaciones articulares y otros factores como la coordinación y la propiocepción (Romero-Medina et al., 2019; SEGG, 2006).

Por otro lado, la disminución de la densidad ósea (osteoporosis), principalmente en mujeres, hace que el riesgo de fracturas aumente, pudiendo empeorar la calidad de vida y aumentar la discapacidad, e incluso, aumentar la mortalidad.

Las fracturas de cadera son el tipo de fractura osteoporótica más frecuente. No obstante, las tasas medias normalizadas según la edad de las fracturas por osteoporosis varían geográficamente, siendo las más altas las de América del Norte y Europa, seguidas por las de Asia, Oriente Medio, Oceanía, América Latina y África (OMS, 2015).

El dolor articular es otra realidad frecuente en el envejecimiento, consecuencia del desgaste de los cartílagos y la disminución del líquido sinovial. La actividad física moderada y habitual mejora las propiedades biomecánicas y biológicas del cartílago articular (WHO, 2015).

Un 53,0% de los mayores tiene diagnosticado problemas que afectan a las articulaciones y tejidos adyacentes, como artrosis, artritis o reumatismo; estos problemas osteomusculares

afectan sobre todo a las mujeres (57,2% de ellas) y aumenta con la edad (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015; WHO, 2019).

Respecto a **los sentidos**, la hipoacusia o presbiacusia bilateral está relacionada con la vejez y es más marcada en las frecuencias más altas (Gross et al., 2018; OMS, 2015).

En todo el mundo, más de 180 millones de personas mayores de 65 años tienen hipoacusia. La hipoacusia sin tratar afecta la comunicación y puede contribuir a la pérdida de autonomía, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y al aislamiento social (OMS, 2015).

A nivel visual también se producen cambios, la presbicia o las cataratas son los problemas más frecuentes. La edad de inicio, la velocidad de la progresión y el nivel de disminución de la visión varían entre los individuos, como reflejo de cada perfil genético y la influencia del entorno (Piñas, 2020; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015; Romero-Medina et al., 2019).

Otro de los problemas visuales es la degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y puede producir problemas graves de visión. Es muy frecuente en las personas mayores de 70 años, y es una de las principales causas de ceguera en los países de ingresos medios y altos (OMS, 2015).

Todos estos cambios pueden tener implicaciones en la vida diaria de los mayores: pueden limitar la movilidad, aumentar el riesgo de caídas y accidentes y hacer que sea peligroso conducir, desencadenar depresión, convertirse en un obstáculo para acceder a la información y a los medios sociales y afectar las interacciones interpersonales.

A **nivel cognitivo**, con el envejecimiento suelen aparecer problemas de memoria y disminuye la velocidad del procesamiento de la información. El envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o para cambiar de centro de atención (Alonso et al., 2019; García Rodríguez, 2010; OMS, 2015; SEGG, 2006).

Las funciones cognitivas varían mucho entre las personas, muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven y las diferentes funciones disminuyen a ritmos diferentes.

Por otro lado, aunque el envejecimiento se relaciona con una menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria, tiene poca relación con la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria relacionada con el pasado personal y la memoria procedimental (por ejemplo, la habilidad para montar en bicicleta). Por tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida (OMS, 2015; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Las diferencias entre una persona y otra en la disminución de las funciones cognitivas asociadas a la edad dependen de muchos factores, como la situación socioeconómica, el estilo de vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; INE, 2023).

También hay indicios de que el deterioro cognitivo normal debido a la edad puede compensarse parcialmente con las habilidades prácticas y las experiencias adquiridas a lo largo de la vida y mitigarse con entrenamiento mental y actividad física.

### **La Multimorbilidad.**

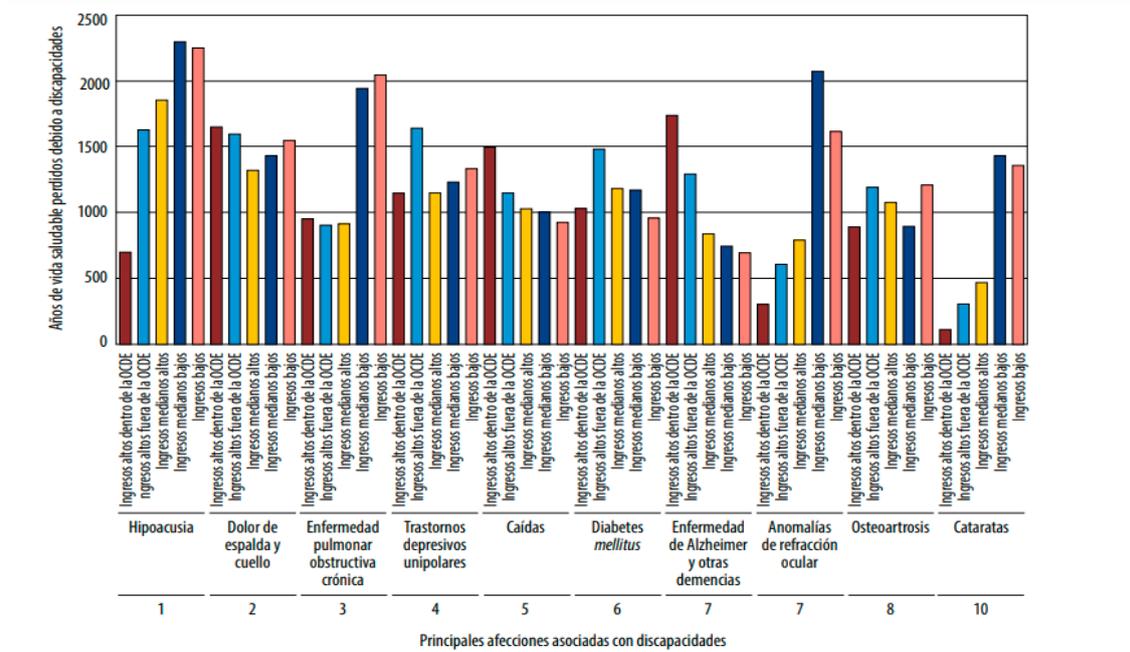
Un 94,9% de los mayores tienen alguna dolencia de tipo crónico diagnosticada por un médico (INE, 2023). Pero más allá de las enfermedades particulares, la multimorbilidad es otra realidad frecuente en la vejez.

La multimorbilidad hace referencia a la aparición de varias enfermedades crónicas al mismo tiempo y supone disminuciones importantes en la calidad de vida, así como un incremento de la dependencia e, incluso, del riesgo de mortalidad.

Según Ramos Cordero y Pinto Fontanillo (2015), las enfermedades circulatorias supondrían un 21,4%, respiratorias 15,5% y el cáncer 12,4%, seguidas de otras como la diabetes, las enfermedades neurodegenerativas, enfermedades digestivas, etc .

Se estima que, realmente, hasta un 95% de mayores, padece alguna dolencia de carácter crónico. En torno al 90% presentan déficits sensoriales de algún tipo, y entre el 70 al 80% de las personas mayores padecen problemas cardiovasculares (Imsero, 2022; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015) (Figura 8).

**Figura 8. Años de vida saludable perdidos por discapacidad cada 100.000 habitantes y las 10 afecciones más asociadas con discapacidades, en poblaciones de 60 años y más, 2012**



Fuente: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)

Ligada a esta multimorbilidad, la polifarmacia y las interacciones farmacológicas son otro de los problemas durante la vejez. Además, se asocia con mayores tasas de utilización de los servicios de asistencia sanitaria y costos de salud más altos.

El 88,9% de los mayores de 65 años consume algún medicamento, llegando al 93,4% cuando se consideran a los mayores de 75 años. El 94% de las personas que padecen

enfermedades crónicas están polimedizadas (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015), lo que agrava la situación originada por la multimorbilidad (cuantos más fármacos más interacciones).

Esto conlleva que las personas mayores consuman el 30-40% de la prescripción y el 70% del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, en las personas polimedizadas hay un mayor incremento de eventos adversos y de interacciones farmacológicas que pueden repercutir en ingresos hospitalarios. La tasa de estos ingresos hospitalarios supone un 7-17%. Incluso algunos de esos eventos, en un 2-3% de los casos, se relacionan con la causa de la muerte (Abellán-García et al., 2019; Alonso et al., 2019; Alvarez Gregori et al., 2020; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Además, el riesgo de interacciones farmacológicas en personas mayores con comorbilidad y fragilidad puede limitar el uso de tratamientos farmacológicos potencialmente beneficiosos (OMS, 2015). Todo esto implica una mayor utilización de los servicios de asistencia sanitaria y costos de salud más altos (Abellán-García et al., 2019; Aguilar et al., 2018; Alonso et al., 2019; Alvarez Gregori et al., 2020).

### **Síndromes Geriátricos.**

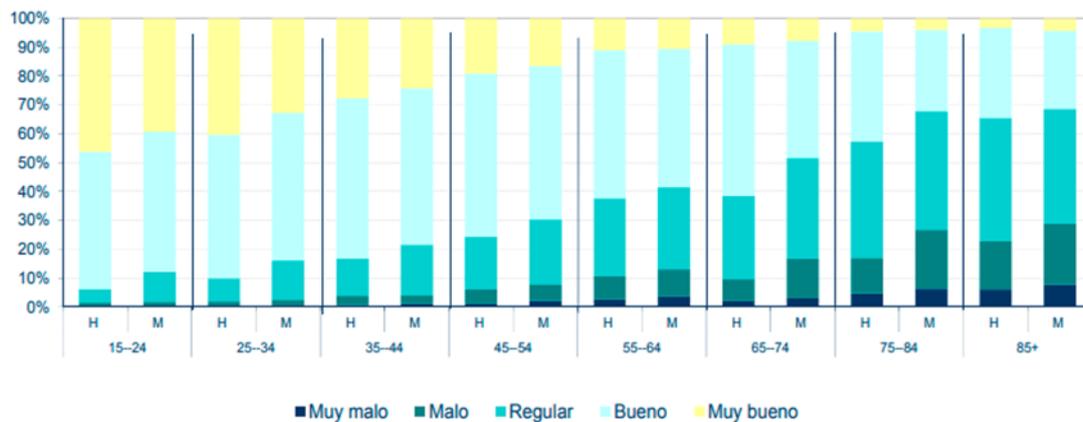
Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un “conjunto de síntomas” y que, con elevada prevalencia, aparecen en el adulto mayor.

Resnick et al., (2017) los clasifica con la regla de las “ies”: Immobility: (inmovilidad), Instability (inestabilidad y caídas), Incontinence (incontinencia urinaria y fecal) Intellectual impairment (demencia y síndrome confusional agudo) Infection: (infecciones), Inanition (desnutrición) Impairment of vision and hearing (alteraciones en vista y oído). Irritable colon (estreñimiento, impactación fecal), Isolation (depression/insomnio: depresión/insomnio), Iatrogenesis (iatrogenia), Immune deficiency (inmunodeficiencias), Impotence (impotencia o alteraciones sexuales).

### Estado De Salud Percibido.

Sin embargo, la presencia de una enfermedad en la vejez no significa que la persona ya no es saludable. Es más, muchos adultos mayores mantienen una buena capacidad funcional y presentan altos niveles de bienestar a pesar de tener una o más enfermedades (Figura 9).

**Figura 9. Nota: Estado de salud percibido por sexo y grupo de edad**



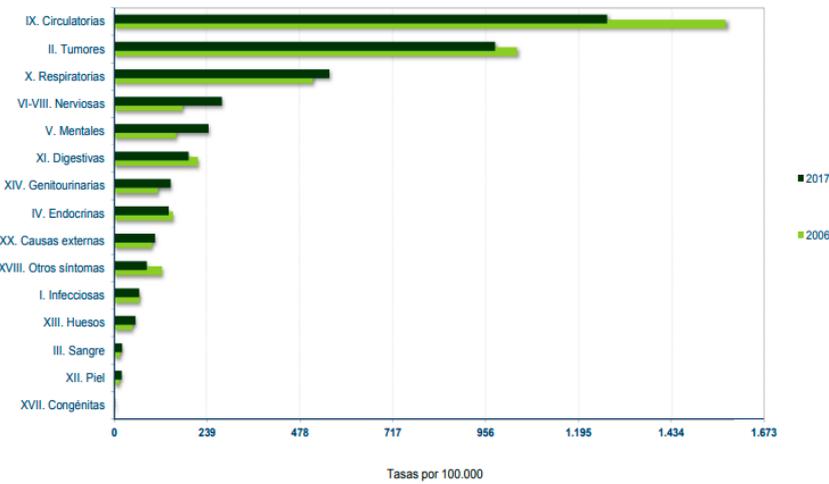
Fuente: (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>)

### Mortalidad.

A pesar de todo lo expuesto, la relación entre edad y mortalidad es clara. El patrón de edad de la mortalidad de la población española en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores, que suponen el 86,1% de todos los fallecidos en España (European Union, 2023).

En 2017, la principal causa de muerte entre los mayores estaba relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: éstas provocaron 111.877 fallecimientos. El cáncer (tumores) fue la segunda causa (86.458 fallecidos) y, en tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias (48.806 fallecidos). Destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros; en 2017 fueron 45.814. En el resto de las causas, se observa una reducción en los últimos diez años (Abellán-García et al., 2019) (Figura 10).

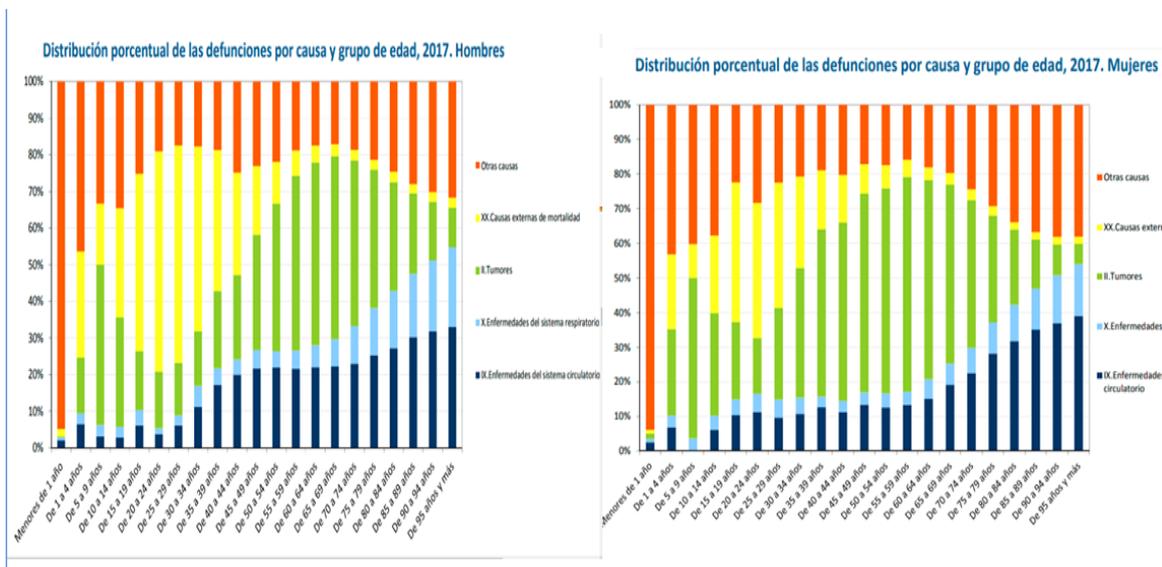
**Figura 10. Tasa de mortalidad en mayores de 65 años, causas más frecuentes.**



Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

Además, como se puede observar en la siguiente figura, existen diferencias entre hombres y mujeres (Figura 11).

**Figura 11: Diferencias entre las causas de mortalidad en hombres y mujer**



Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

En personas mayores predominan los problemas circulatorios como principal causa de mortalidad, seguido de problemas respiratorios y le sigue como causa la presencia de tumores.

En la mujer predominan los problemas circulatorios mientras que en el hombre, problemas respiratorios y oncológicos (Abellán-García et al., 2019).

***Realidad Social De La Persona Mayor.***

Son numerosos los estudios y análisis que se hacen a nivel de población en los que se informan las variables que inciden en la salud de la persona mayor: la vivienda, con quien viven, o la situación económica, entre otras cuestiones (European Union, 2023; INE, 2023; OMS, 2015; United Nation, 2023).

Estos estudios tienen como objetivo conocer la realidad de los mayores, para poder dar respuestas a los diferentes problemas que presentan.

Entre ellos destacan los realizados por la OMS (OMS, 2015). La misma ONU también tiene su propia fuente de datos. UNdata (United Nation, 2023), que contiene información y datos sanitarios sobre los países miembros (European Union, 2023; INE, 2023)(WHO, 2018). Dentro de esta información se incluye el acceso a distintas fuentes de datos, al igual que la OMS. Tanto la ONU como la OMS hacen publicaciones periódicas sobre datos de relevancia relacionados con la situación de la persona mayor.

Entre los aspectos que agravan las situaciones de salud en las que se encuentra el mayor, se encuentran:

1. El lugar donde viven y las condiciones de la vivienda: en viviendas con barreras que los aíslan.
2. El régimen de convivencia: pues viven solos o con su pareja de igual o mayor edad, sin hijos o con hijos que viven lejos.
3. Los cambios sociales, económicos y demográficos asociados al envejecimiento poblacional, que hace que haya una menor disponibilidad de personas que cuidan en la familia.

### **Las Viviendas.**

En 2018, se publica el documento *WHO Housing and health guidelines* (WHO, 2018), en el que hace recomendaciones que parten de la revisión de la evidencia científica relacionada con la calidad de la vivienda y su entorno, y el impacto que produce en la salud de las personas.

La mejora de las condiciones de vivienda puede salvar vidas, reducir enfermedades, aumentar la calidad de vida, reducir la pobreza, ayudar a mitigar el cambio climático y contribuir a la reducción de la pobreza. En un sentido contrario, problemas en la accesibilidad, con dificultad para la climatización (frio/calor) o el hacinamiento, pueden provocar problemas de salud en la población mayor.

En España, según el trabajo de Casado-Durandez et al., (2017), destacan los cambios en los tipos de hogares en que viven los mayores. En uno de cada tres (34%) reside al menos una persona de 65 o más años; es decir, casi cinco millones de hogares albergan a alguna de los más de siete millones de personas de edad; a su vez, en un 35% de los mismos, reside alguna persona mayor dependiente.

Respecto al carácter de la tenencia, la mayoría de los españoles tiene la vivienda en propiedad (76,7%), alcanzando el 89,2% en la población de 65 y más años. Estos datos reflejan el modelo histórico de acceso a la vivienda en España. Al final del ciclo de la vida predomina la propiedad (Abellán-García et al., 2019).

### **Entornos, El Lugar Donde Viven.**

Aunque no es tanto que la persona viva en un medio urbano o rural lo que marca la diferencia —se trata más la autonomía y los recursos de los que dispone para recibir cuidados en caso de dependencia (Imsero, 2022)—, hay que tener en cuenta que las zonas rurales se caracterizan por la despoblación, la masculinización y el envejecimiento.

En la zona rural la despoblación va en aumento. Sobre todo, los jóvenes suelen irse a las ciudades, donde hay más opciones laborales y de desarrollo, y los mayores se quedan en los pueblos, desprovistos de cuidados por la ausencia de sus redes familiares. No obstante, en

ocasiones, los mayores se desplazan a la zona urbana con los hijos para evitar esta situación (Del Molino, 2016; Saramago, 2000).

Otra realidad es la dispersión geográfica. El aumento de ésta, y la baja densidad de población, hace que la accesibilidad a recursos se vea afectada, sobre todo a los recursos sanitarios. Muchas veces tienen que desplazarse a otras poblaciones, o a la ciudad.

Por otro lado, la jubilación es una transición menos brusca en la zona rural que en la urbana, la persona mayor se sigue manteniendo activo y en el mismo entorno con personas que conoce (García Rodríguez, 2010).

Hay políticas internacionales para trabajar en zonas rurales, que tienen como objetivo hacerlas más atractivas para vivir en ellas, para evitar este despoblamiento y mejorar la calidad de vida en las mismas. Son políticas y estrategias (programa de desarrollo rural sostenible) dirigidas a ello y especialmente a la atención a los mayores (Imsero, 2022).

En España, en 2018, el mayor número de personas de edad se concentraba en los municipios urbanos (Abellán-García et al., 2019). Sin embargo, es frecuente que en núcleos de población menores haya personas más longevas (Imsero, 2022).

**Tabla 4. Grupos de población por edad y zonas donde viven**

Tamaño municipal de la población (habitantes)	Número de municipios	Grupos de edad *						
		Valores absolutos y % horizontales						
		Total población	Jóvenes		Adultos		Mayores	
<b>TOTAL</b>	<b>8.124</b>	<b>46.722.980</b>	<b>7.392.864</b>	<b>15,8</b>	<b>30.421.965</b>	<b>65,1</b>	<b>8.908.151</b>	<b>19,1</b>
<b>Rural</b>	<b>5.872</b>	<b>2.705.641</b>	<b>300.059</b>	<b>11,1</b>	<b>1.636.045</b>	<b>60,5</b>	<b>769.537</b>	<b>28,4</b>
0 - 100	1.360	78.080	3.681	4,7	42.962	55,0	31.437	40,3
101 - 500	2.627	656.940	56.717	8,6	382.570	58,2	217.653	33,1
501 - 1.000	1.008	724.825	82.146	11,3	439.968	60,7	202.711	28,0
1.001 - 2.000	877	1.245.796	157.515	12,6	770.545	61,9	317.736	25,5
<b>Intermedio</b>	<b>1.496</b>	<b>6.809.958</b>	<b>1.074.221</b>	<b>15,8</b>	<b>4.391.749</b>	<b>64,5</b>	<b>1.343.988</b>	<b>19,7</b>
2.001 - 5.000	953	3.005.045	450.531	15,0	1.914.216	63,7	640.298	21,3
5.001 - 10.000	543	3.804.913	623.690	16,4	2.477.533	65,1	703.690	18,5
<b>Urbano</b>	<b>756</b>	<b>37.207.381</b>	<b>6.018.584</b>	<b>16,2</b>	<b>24.394.171</b>	<b>65,6</b>	<b>6.794.626</b>	<b>18,3</b>
10.001 - 20.000	351	4.946.227	833.963	16,9	3.239.795	65,5	872.469	17,6
20.001 - 50.000	260	7.688.220	1.314.924	17,1	5.101.867	66,4	1.271.429	16,5
50.001 - 100.000	82	5.884.410	1.015.099	17,3	3.887.701	66,1	981.610	16,7
100.001 - 500.000	57	11.126.817	1.751.635	15,7	7.248.182	65,1	2.127.000	19,1
>500.000	6	7.561.707	1.102.963	14,6	4.916.626	65,0	1.542.118	20,4

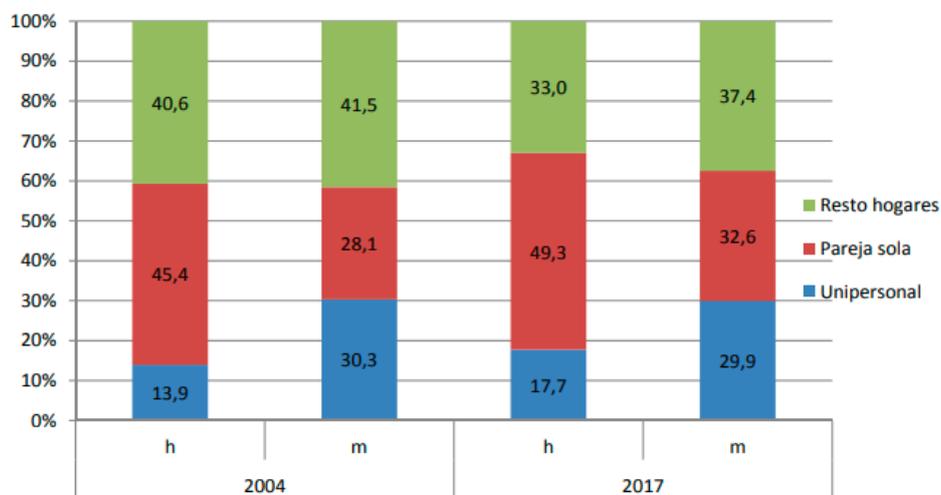
Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

### La Forma De Convivencia.

Las personas envejecen de forma diferente, tanto en lo que atañe a las formas de convivencia -respecto a las cuales han protagonizado una verdadera emancipación- como a la coexistencia intergeneracional, a las relaciones familiares consecuentes, a su papel dentro de la familia y a la respuesta que ésta puede dar cuando aparecen las situaciones de dependencia (datos.gob.es & Gobierno de España, 2022).

Las formas de convivencia reflejan preferencias socioculturales, por ejemplo, a vivir con hijos o en familias grandes, o también reflejan una creciente propensión a la autonomía residencial, pero también un mayor o menor valor del deseo de institucionalización (Abellán-García et al., 2019; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017) (Figura 11).

**Figura 11. Formas de convivencia de las personas > 65 años**



Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

La situación conyugal a menudo determina la forma de convivencia y la disponibilidad de cuidadores.

Las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y privación económica. Las personas mayores casadas, en cambio, tienden a tener una mayor seguridad financiera, y menos probabilidad de institucionalizarse (Abellán-García et al., 2019; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Vellas, 2016).

En este sentido, la mayoría de los varones de edad están casados, pero no sucede lo mismo entre las mujeres; por eso, es más probable que los varones vivan acompañados y reciban asistencia de su esposa en caso de discapacidad hasta su fallecimiento (Imsero, 2023b).

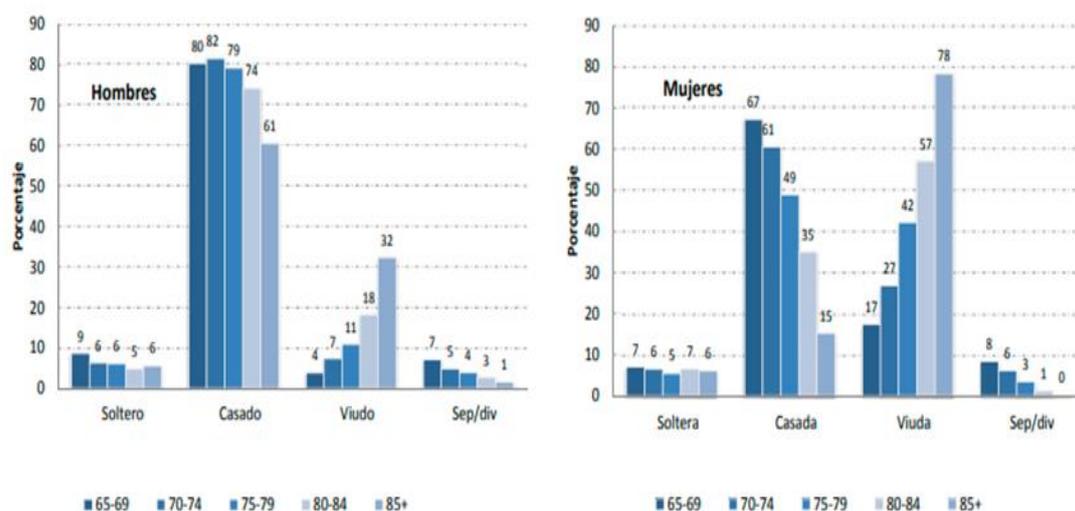
La situación contraria es mucho menos frecuente. En España, el 79,3% de hombres están casados frente al 47,5% de las mujeres (INE, 2023).

Por otro lado, los cambios en el estado conyugal pueden afectar a los ingresos por pensión y a las redes sociales de apoyo.

La mayor viudez entre las mujeres, debida a la mayor mortalidad masculina, es la causa de que sean ellas las que en mayor medida sufran la soledad, que hace que se encuentren solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda. Sin embargo, son los hombres los que pierden más contactos si la mujer fallece (mientras que la mujer tiende a mantener la red de apoyo tras la muerte de su esposo).

En la siguiente figura se puede observar el estado civil de hombres/ mujeres y relación con la edad. (Figura 12).

**Figura 12. Diferencias entre hombres y mujeres por edad y estado civil**



Fuente: INE: Encuesta continua de hogares, 2017.

Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

### **La Familia Y Otros Apoyos.**

La longevidad es responsable de que un adulto viva más años en el papel de hijo de un padre de edad que como padre de su propio hijo hasta que cumple los 18 años. Y en muchos casos, este papel de hijos implica la responsabilidad de atender a padres no autónomos. Si se pone la frase en femenino, es posible que las mujeres, tradicionales proveedoras de cuidados dentro de la familia, inviertan tantos años cuidando a sus padres, con frecuencia dependientes, como a sus hijos mientras no son autónomos para las actividades de la vida cotidiana (Abellán-García et al., 2019; Robledo Marín et al., 2020; Torrado Ramos et al., 2014).

España es el país europeo donde los hijos viven más cerca de sus padres mayores. El contacto con la familia (principalmente con hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen con sus familiares es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen (Abellán-García et al., 2019).

Las mujeres de menos de 65 años, especialmente las de 45-64, contribuyen con más de la mitad de todo el volumen de cuidado (medido en horas) aportado por todos los cuidadores (48,4%) Y es una mujer mayor la que recibe la mayor parte del cuidado provisto por cualquier cuidador (47,1%) (Abellán-García et al., 2019).

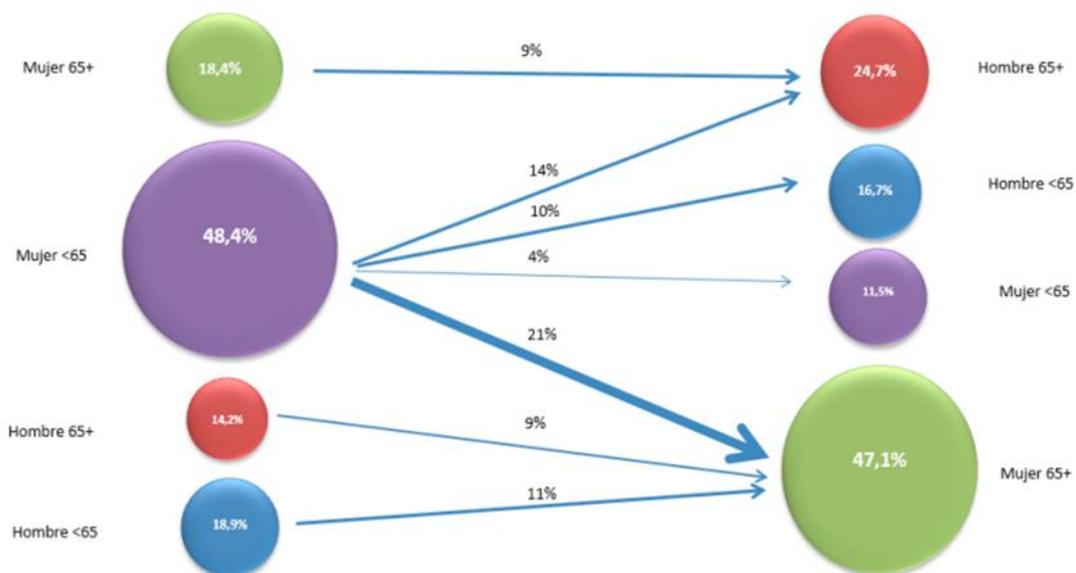
A pesar de que han pasado los años, y ha tenido lugar el despliegue de políticas sociales de atención a la dependencia, este patrón se mantiene. Aunque aumenta algo el tiempo de cuidado prestado por los hombres, en especial el de los hombres mayores, y desciende el de las mujeres, si lo comparamos con el esquema o patrón de cuidado de 2008 (datos.gob.es & Gobierno de España, 2022).

Esto puede explicarse por el proceso de envejecimiento (y envejecimiento de los ya mayores) y de la evolución de los tipos de hogar, más que por una modificación de mentalidades y de la cultura del cuidado. Las parejas envejecen y los hombres de edad asumen el papel de

cuidador que no desarrollaron siendo jóvenes. Además, hay más hombres en esa tesitura que antes, debido a una mayor supervivencia (Abellán-García et al., 2019).

El perfil de persona que cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que se hacen cargo de los cuidados más frecuentemente, seguidas de otros familiares y amigos. En la Figura 13, se muestra un resumen de “quién cuida de quién” (Abellán-García et al., 2019).

**Figura 13. Perfil de las personas que cuidan (edad y sexo)**



Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

En definitiva, observamos que el perfil de una mujer < 65 años es quien cuida a otra mujer u hombre >65 años (21% y 14% respectivamente) Y un 20% son hombres que cuidan de mujeres >65 años (21%) donde el 11% son hombres mayores de 65 años cuidando a mujeres > de 65 años (Abellán-García et al., 2019).

### **Aspectos Económicos.**

En total hay 9,6 millones de pensiones en el sistema de la Seguridad Social. Según su clase, las pensiones de jubilación (5,9 millones) son las más frecuentes, seguidas por 2,4 millones

de pensiones de viudedad. En 2018, la pensión media del sistema de Seguridad Social era de 945 euros mensuales (Abellán-García et al., 2019).

Las más altas corresponden a las del régimen especial de la minería del carbón, seguidas por las de accidentes de trabajo y enfermedades, y por las del régimen general. Las más bajas son las antiguas del SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez). El importe medio de la pensión de jubilación (la clase más numerosa) ha superado el umbral de los mil euros (1.091 euros/mes en 2018) (Abellán-García et al., 2019).

Se pueden observar las diferentes jubilaciones de la población en la Tabla 5

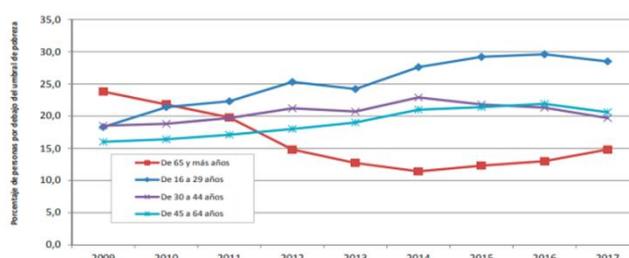
**Tabla 5. Pensiones contributivas de la Seguridad Social (2018)**

Clase----- Régimen	Total		Incapacidad permanente		Jubilación		Viudedad		Orfandad		Favor familiar	
	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)	Nº de pensiones (miles)	Importe medio (euros/mes)
<b>TOTAL</b>	9.622,52	944,69	951,84	946,19	5.929,47	1.090,70	2.359,93	664,44	339,59	387,39	41,69	548,62
Régimen General	6.918,03	1.042,05	713,06	970,69	4.193,92	1.235,05	1.727,23	705,86	254,34	397,97	29,49	565,44
Régimen Especial: Trabajadores autónomos	1.957,45	654,72	122,56	712,06	1.287,20	728,24	473,23	489,61	64,76	323,65	9,70	439,66
Régimen Especial: Trabajadores del mar	126,44	977,16	7,55	909,72	69,35	1.230,17	43,42	656,13	5,03	449,28	1,08	568,07
Régimen Especial: Minería del carbón	65,02	1.642,37	2,82	1.537,95	37,04	2.159,03	22,50	915,79	2,08	648,21	0,57	887,66
Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	241,71	1.028,65	96,63	1.100,91	62,86	1.232,52	67,98	856,01	13,38	431,11	0,85	954,36
SOVI <sup>1</sup>	313,88	385,06	9,20	390,27	279,11	384,82	25,57	385,70				

Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

Por otro lado, en la Figura 14 se muestra como la tasa del riesgo de pobreza en el grupo de mayor edad ha ido en aumento desde el 2014 en comparación con otros grupos de edad.

**Figura 14: Tasa de riesgo de pobreza por grupo de edad, 2008-2017**



Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

### **CAPÍTULO III. LA VALORACIÓN DE LA PERSONA MAYOR Y SU CLASIFICACIÓN.**

Son muchos los nombres que designan a la persona mayor: anciano, viejo, senil, persona de tercera edad, adulto mayor. A veces, incluso con tono despectivo como vejestorio o vejete (DELS, 2017).

El término senil, hace referencia a la pérdida progresiva de facultades físicas y psíquicas debido al propio deterioro fisiológico.

Otros términos utilizados, como el de tercera edad, fue más moderno y se relacionaba principalmente con personas de diversa edad, jubiladas o con pensiones, personas que se percibían como de baja productividad (Alvarez Gregori et al., 2020; Casado-Durandez et al., 2017; Oliva et al., 2011; OMS, 2015; SEGG, 2006; Vellas, 2016).

De la palabra viejo, que etimológicamente significa de cierta edad, derivan otros términos como vejez, envejecer y otras palabras derivadas de envejecer como envejecido o envejecimiento.

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE, 2022), envejecimiento es definido por: “la acción y efecto de envejecer o envejecerse.” El envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial, natural, inevitable e inherente a todos los seres humanos, que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos que definen a las personas cuando están ya mayores (OMS, 2015; Sánchez Barrera et al., 2019; SEGG, 2006; Vellas, 2016).

Otras autorías (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Gross et al., 2018; Zunzunegui & Béland, 2010) suman matices al contemplarlo como un proceso, heterogéneo, variable, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad funcional y de adaptación progresiva, influido por múltiples factores genéticos, sociales e históricos del desarrollo afectivo y emocional del ser humano a lo largo de su ciclo vital, en un marco cultural y de relaciones sociales. Las características personales, los factores físicos, fisiológicos, de nutrición y estilo de vida; el apoyo social, familiar y comunitario; factores cognitivos y mentales, así como, la

genética, el ejercicio y la ausencia o control de enfermedad crónicas y la actitud de los individuos afectan claramente en el proceso de envejecimiento.

**Valoración De La Persona Mayor.**

En vista de lo expuesto, la identificación temprana de las pérdidas que se pueden producir en la capacidad funcional y de adaptación progresiva durante la vejez va a ser un punto clave para ayudar a las personas mayores a estar libres de discapacidad el mayor tiempo posible.

En este sentido, Martín Lesende (2005) identifica cómo debe valorarse a las personas mayores, teniendo en cuenta que:

- El diagnóstico y manejo de la fragilidad es una estrategia prioritaria para aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad.
- Para su diagnóstico en atención primaria (AP), medio prioritario, se deben emplear herramientas sencillas, validadas y compatibles con este medio asistencial.
- El proceso diagnóstico se inicia con una preselección (edad generalmente > 70 años, sin alteración en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y opcional escala FRAIL), continuándose con una fase de cribado (pruebas de ejecución), e idealmente posterior confirmación diagnóstica (escala Fried, modelo físico).
- Dentro de las pruebas de ejecución, la Short Physical Performance Battery (SPPB) es la recomendada en primera instancia, por ser más completa y valorar más dimensiones.
- El seguimiento y monitorización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en AP permite detectar la pérdida funcional incipiente y reciente, lo que indica una alta probabilidad de fragilidad.

No obstante, la valoración del adulto mayor no solo se debe realizar teniendo en cuenta factores de capacidad, también es necesario considerar criterios sociales y sanitarios (como se

expuso al hablar de determinantes de la salud) (OMS, 2021; SEGG, 2006). En este sentido, podemos diferenciar:

1. **Criterios demográficos:** tener más de una determinada edad.
2. **Criterios clínicos:** presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular, artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, etc., cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial en visión y/o audición, depresión...)
3. **Criterios sociales:** vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación
4. **Criterios sanitarios:** ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimedicación (4 ó más fármacos).

El objetivo es mantener un buen nivel funcional que permita disponer del mayor grado de autonomía e independencia posible en cada caso.

#### ***Herramientas Más Utilizadas En El Medio Asistencial***

Entre las valoraciones más utilizadas en la bibliografía consultada (Paz Ramos, 2022), encontramos las contenidas en la siguiente Tabla 6:

**Tabla 6. Herramientas de valoración más utilizadas en el medio asistencial.**

<p>Cuestionario de Barthel</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	<p>Cuestionario que valora la autonomía de la persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Escala de 100 a 0 (100 totalmente independiente/0 totalmente dependiente)</p>
---	--

Escalas relacionadas con la valoración funcional	<p>Índice de Katz</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	<p>Se valora de necesidad de apoyo para las ABVD (lavarse, vestirse, usar el wc, moverse/desplazarse, control de esfínteres, alimentación) Se analiza el número de actividades para las que la personas es dependiente o independiente, se le asigna una letra (de la A a la G)</p>
	<p>Cuestionario de Lawton-Brody</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	<p>Se valora mediante 8 ítems la capacidad funcional para realizar las actividades instrumentales para la vida diaria (capacidad para usar el teléfono, para realizar las compras, preparar comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de transporte y manejo de medicación,) Puntuación: Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos</p>
	<p>Escala de Tinetti</p> <p><a href="https://fisiomayores.com/fisioterapia/test-de-tinetti-valoracion-del-equilibrio-y-la-marcha/">https://fisiomayores.com/fisioterapia/test-de-tinetti-valoracion-del-equilibrio-y-la-marcha/</a></p>	<p>Escala que valora la movilidad y el equilibrio de la persona. Se evalúa el equilibrio para sentarse la persona en la silla con normalidad y sin necesidad de ayuda o si se deja caer situándose fuera del centro de la silla y si es capaz de mantener la posición, se mantiene erguido o se separa del respaldo o se inclina hacia un lado.</p>
	<p>SPBB (Short Physical Performance Battery)</p> <p><a href="https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/Anexo%203.pdf">https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/Anexo%203.pdf</a></p>	<p>Consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semi-tándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2.4 o 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.</p>
	<p>Fragilidad (Cuestionario de Frail)</p> <p><a href="http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%204/12_FRAIL.pdf">http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%204/12_FRAIL.pdf</a></p>	<p>Consta de 5 preguntas dicotómicas, que abordan 5 puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año. El rango es de 0 puntos (no fragilidad) a 5 puntos (probable fragilidad)</p>
<p>Timed Up and Go</p> <p><a href="https://tufisio.net/timed-up-and-go-riesgo-caida.html">https://tufisio.net/timed-up-and-go-riesgo-caida.html</a></p>	<p>Es una prueba que mide movilidad y el riesgo de caídas en personas mayores.</p>	

	Incapacidad Física de Cruz Roja <a href="http://www.semergencantabria.org/docaux/cruzroja.pdf">http://www.semergencantabria.org/docaux/cruzroja.pdf</a>	Escala que consta de 10 ítems, explora estado funcional para las ABVD y trastornos mentales y del comportamiento. Abarca dimensión física (5 ítems del 0 independiente al 5 totalmente dependiente) y mental (0 nivel cognitivo normal a 5 con deterioro cognitivo severo)
Valoración Nutricional	Must "Malnutrition Universal Screening Tool" <a href="https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf">https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf</a>	Instrumento de cribado de cinco pasos, diseñado para identificar a adultos malnutridos, con riesgo de malnutrición (desnutrición) u obesos
	MNA "Mini Nutritional Assessment" <a href="https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf">https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf</a>	Valoración de riesgo nutricional. Consta de dos partes, un cribaje y una valoración. En el cribaje. Valora estado nutricional normal a riesgo de desnutrición a desnutrición
	Test de Pfeiffer <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a>	Test de cribado de deterioro cognitivo. Consta de 10 ítems, es predictivo si > 3 errores. Explora la memoria a corto y largo plazo, orientación, información, y cálculo
Escalas relacionadas con la valoración cognitiva	Cuestionario MEC/ Lobo <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a>	Exploran 5 áreas cognitivas: orientación temporal, espacial, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción. La puntuación máxima es de 30 puntos. A partir de 25 se considera Caso.
	GDS (Escala Global de Deterioro de Reisberg) <a href="https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/12/11.GDS.pdf">https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/12/11.GDS.pdf</a>	Se utiliza para valorar el estadio de demencia de la persona, desde los primeros síntomas de déficits cognitivos hasta los síntomas más graves de demencia. El valor va de 1 (normal) a 7 (demencia grave)
	Test del reloj <a href="https://www.hipocampo.org/reloj.asp">https://www.hipocampo.org/reloj.asp</a>	Es una evaluación neuropsicológica que sirve para evaluar si hay deterioro cognitivo. Consiste en dibujar un reloj, con manecillas y hora determinada.

Escalas relacionadas con la valoración emocional	<p>Escala de Yesavage</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	Escala que realiza cribado de depresión en el anciano.
	<p>Escala de Goldberg</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	Escala de ansiedad y depresión, Consta de dos partes discriminando entre ambas situaciones. Es para población general.
Escalas relacionadas con la valoración de riesgos (caídas, upp)	<p>Escala Downton (caídas)</p> <p><a href="https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf">https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf</a></p>	Evalúa el riesgo de caídas y posible causa. Valora 5 dimensiones, si ha tenido caídas previas, medicación, déficits sensoriales, estado mental y deambulación.
	<p>Escala de Braden</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	Cuestionario de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión.
	<p>Escala de Norton</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	Se trata de un cuestionario de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) La puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1- 20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor)
Escalas relacionadas con la valoración social/apoyo social	<p>Escala de Gijón</p> <p><a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2020/CuestionarioEnfermeria2004.pdf</a></p>	Se usa para valorar el apoyo familiar, permite identificar situaciones de riesgo o problemática social. La valoración va desde buena situación social a problema social.

	<p>Escala de Recursos Sociales (OARS)</p> <p><a href="https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/recursos_sociales_oars.pdf">https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/recursos_sociales_oars.pdf</a></p>	<p>Evalúa los recursos sociales, se evalúa en seis niveles: desde excelentes recursos (relaciones satisfactorias, existe al menos una persona que cuidando indefinidamente) a recursos sociales totalmente deteriorados (relaciones insatisfactorias, de baja calidad y no tiene ayuda).</p>
Otras	<p>Índice de Charlson (comorbilidad)</p> <p><a href="https://www.samiuc.es/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci/">https://www.samiuc.es/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci/</a></p>	<p>Cuestionario que incluye 19 situaciones clínicas. Relaciona la mortalidad a largo plazo con la <i>comorbilidad</i> del paciente.</p>
	<p>Índice Profund</p> <p><a href="https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/El-PROFUND.pdf">https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/El-PROFUND.pdf</a></p>	<p>Cuestionario predictivo sobre riesgo de mortalidad a 12 meses en pacientes pluripatológicos, según nº ingresos, apoyo en el cuidado, aspectos funcionales y clínicos.</p>

### **Herramientas Más Utilizadas Para La Valoración Geriátrica Integral**

Existen otras herramientas que se utilizan para la valoración integral en el mayor, (Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la & Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, 2022; López et al., 2020; Puig Llobet et al., 2009; Sánchez-García et al., 2020; Wanden Berghe, 2021). Entre los cuestionarios más empleados encontramos dos:

- La Valoración Geriátrica Integral (VGI).
- El cuestionario de Barber.

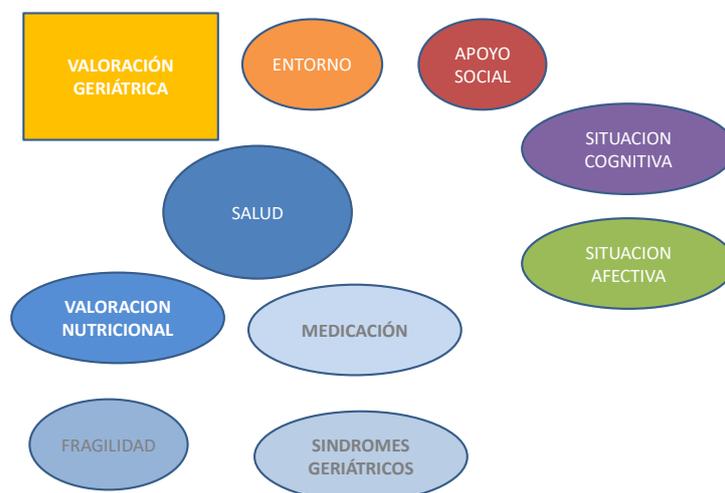
#### **Valoración Geriátrica Integral**

La VGI es una de las herramientas que podemos emplear para abordar las capacidades y los problemas de las personas mayores en diferentes áreas: clínica, funcional, afectiva, mental y social. Necesita un abordaje multidisciplinar.

Es considerado como un instrumento que facilita conocer la situación del mayor desde una visión holística que garantiza una *atención adecuada, efectiva y de calidad*. Con la VGI se pretende diseñar “un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora para lograr el mayor grado de independencia y calidad de vida de la persona mayor y optimizar

recursos” (Cervantes Becerra et al., 2015; Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la & Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, 2022; López et al., 2020; Sánchez-García et al., 2020; Wanden Berghe, 2021) (Figura 15).

**Figura 15. Aspectos a valorar en la VGI**



Fuente: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.01.doc01>

En la siguiente Tabla 7, a modo de resumen, se presentan las dimensiones de estudio de la VGI y los cuestionarios propuestos (Sánchez-García et al., 2020).

**Tabla 7. Valoración Geriátrica Integral**

Dimensión	Test/ cuestionarios
Valoración clínica	Presencia de síndromes geriátricos: (caídas, inmovilismo, incontinencia, delirio, fragilidad, privación sensorial...) Valoración nutricional (MNA: Mini <i>Nutritional Assessment</i> o el <i>MUST</i> ) Patologías y complicaciones. Polimedicados
Valoración funcional	Katz (valora autonomía para las AVD) Barthel (dependencia/independencia para AVD) Test de la marcha: (get up and go) SPBB (Short Physical Performance Battery) Fragilidad (Cuestionario de Frail) Tinetti Lawton-Brody
Valoración mental	Cognitiva: Pfeiffer, MMSE, test del reloj

---

	Afectiva: Yesavage
--	--------------------

---

Valoración social	Escala de valoración sociofamiliar: Gijón Escala OARS Presencia de persona que cuida (Índice Esfuerzo del Cuidador) Vivienda Recursos económicos. Convivencia
-------------------	--

---

### **Cuestionario De Barber**

Es un cuestionario de cribado para identificar riesgos de dependencia del mayor, vulnerabilidad o fragilidad en el adulto mayor

Se trata de una escala autoadministrada para población urbana. Consta de 9 ítems con respuesta Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Es uno de los cuestionarios más utilizados a nivel universal por su fiabilidad como detector de anciano en riesgo (Pérez et al., 2011).

Estudios recientes concluyen que “los resultados sugieren la utilidad del cuestionario de Barber como prueba fiable y válida para detectar situaciones de fragilidad o vulnerabilidad en adultos mayores, lo que facilita la comparabilidad entre encuestas poblacionales, superando la actual tendencia a incluir decenas de preguntas en otras encuestas de índole regional o nacional” (Pedrero-Pérez et al., 2022) (Tabla 8).

**Tabla 8. Cuestionario de Barber**

Cuestionario de Barber: Estrategia de cribado poblacional en base a criterios con evidencia predictiva de deterioro

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
4. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?

- |  |
|--|
| <p>6. ¿Tiene a menudo problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?</p> <p>7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?</p> <p>8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?</p> <p>9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?</p> |
| <p>Se considera positivo si contesta afirmativamente a 1 o más preguntas.</p>  |

### ***Clasificaciones De La Persona Mayor.***

En función de todas las características descritas en el apartado anterior, diversos organismos internacionales, instituciones, y sociedades (así como expertos individuales) han analizado y propuesto diferentes formas de clasificar a la persona mayor. Entre las clasificaciones que encontramos en literatura publicada, destacan:

#### **Clasificación De La Sociedad Española De Geriátría Y Gerontología (SEGG).**

La **SEGG** (y apoyándose en un trabajo de la Alianza Científico Profesional para el Estado de Bienestar (ACEB, 2019)) se cuenta con diferentes clasificaciones:

Clasificación **según edad**:

1. **Los ancianos jóvenes:** entre los 70 y 75 años
2. **Los ancianos:** entre los 75 y 80 años
3. **Los muy viejos o ancianos frágiles:** de edad mayor a los 80 años. En este grupo ya aparece el término fragilidad, ya que la prevalencia de patologías y de dependencia funcional condiciona una importante sobrecarga económica para los sistemas social y sanitario de los países.

Clasificación según **aspectos psicosociales**:

- 1 **Anciano sano:** no padece enfermedad crónica, ni ningún grado de problemática funcional, ni social.
- 2 **Anciano enfermo:** sí presenta una patología crónica sin ser anciano de riesgo.
- 3 **Anciano en situación de riesgo,** cuando presenta uno o más de los siguientes factores:

- padecer patología crónica invalidante.
- estar confinado en su domicilio.
- vivir solo.
- tener más de 80 años (aunque para algunos autores es el tener más de 85 años).
- padecer una situación de pobreza.
- estar afectado de malnutrición.
- estar aislado socialmente o carecer de apoyo familiar cercano.
- haber perdido recientemente a su pareja (situación de duelo inferior a un año).
- tener una enfermedad en fase terminal.

#### **Clasificación De Robles, Miralles, Llorach.**

Otra clasificación relacionada con la persona mayor y con la presencia de patología y de dependencia a las actividades básicas de vida diaria (ABVD) es la de Miralles et al., (2003), que diferencia:

- 1 **Anciano sano** (adulto mayor): edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable. Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con baja tendencia a la dependencia y baja probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos (este grupo supone un 70% de los mayores).
- 2 **Anciano frágil** (anciano de alto riesgo): edad avanzada y con presencia de alguna enfermedad o condición que se mantiene compensada en equilibrio con el entorno y con alto riesgo de descompensación y alto riesgo de volverse dependiente. Dependiente para una o más actividades instrumentales de la vida diaria e independiente para las actividades básicas, con alto riesgo para la dependencia ante la enfermedad y alta probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos (este grupo supone un 20% de los mayores).

- 3 **Paciente geriátrico (5%):** Edad avanzada y alguna/s enfermedad/es crónicas que producen dependencia, suele acompañarse de alteración mental y problema social. Dependiente para una o más AVD y AIVD, con tendencia hacia mayor progresión hacia la dependencia y muy alta probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos.

#### **Clasificación De Caño Labarga.**

Por último, en relación con clasificaciones, mostramos la que hace Caño Labarga et al. (2020):

1. **Persona mayor sana:** La persona cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales, están de acuerdo con su edad cronológica. Se mantiene en un equilibrio inestable, pero es capaz de adaptar su funcionamiento a sus posibilidades.
2. **Persona mayor enferma:** Mayor de 65 que años que presenta alguna afección, aguda o crónica, no invalidante y que no cumple los criterios de paciente geriátrico.
3. **Persona mayor frágil o de alto riesgo:** Cumple alguna de las siguientes condiciones:
  - Edad superior a 80 años.
  - Vivir solo.
  - Viudez de menos de un año.
  - Debilidad muscular y poco ejercicio.
  - Comorbilidad, sobre todo con determinadas enfermedades crónicas: osteoarticular (artrosis, fractura de cadera), sensorial (problema de visión o audición), cardiovascular (Ictus, cardiopatías, insuficiencia cardiaca) y mental (deterioro cognitivo, depresión, trastorno mental).
  - Polifarmacia (toma 5 fármacos o más).
  - Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
  - Caídas.
  - Insuficiente soporte social o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad...)

- Situación económica precaria.

**4. Paciente geriátrico:**

- Edad superior a 75 años.
- Presenta pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante crónico.
- Existe patología mental acompañante o predominante.
- Hay problemas sociales en relación con su estado de salud.

#### **CAPÍTULO IV. EL MAYOR EN RIESGO**

En este capítulo se presenta la definición y clasificaciones diferentes que hay en relación con el mayor en riesgo. Diferentes formas de definirlo y puntos comunes. El riesgo tiene diferentes dimensiones, no solo física y de salud. Aspectos sociales, apoyos, económicos, entre otros, influyen en dicho riesgo.

Podemos decir que edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años (García Rodríguez, 2010; Imsero, 2022; Servicio Andaluz de Salud, 2015).

Pero, además, estas limitaciones de la capacidad funcional conllevan, frecuentemente, situaciones de discapacidad y un aumento del riesgo de sufrir enfermedades.

Envejecer aumenta la vulnerabilidad de padecer enfermedades y, con ello, el consumo de recursos sanitarios, tanto por las patologías de base y complicaciones de las mismas como por otros problemas de salud frecuentes que presentan y que están relacionados con la polimedicación, enfermedades degenerativas que crean dependencia, enfermedades crónicas avanzadas, además de otros problemas en el anciano y que ya hemos comentado en capítulo anterior: “síndromes geriátricos” (Molés Julio et al., 2016; Oliva et al., 2011; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Y también, las consecuencias se dejan sentir en la esfera psicosocial, pues la limitación funcional repercute en la pérdida del rol social y económico, en el aislamiento, en la depresión, la baja autoestima, la improductividad y la dependencia, con clara afectación en su calidad de vida.

Todo esto, además, se ve agravado cuando coinciden (como se ha indicado anteriormente) otras características que acompañan a esta población, como son (Abellán-García et al., 2019; Alvarez Gregori et al., 2020; Bazo & Ancizu, 2004; Casado-Durandez et al., 2017; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Frías-Osuna et al., 2019a; Gallo-Estrada & Molina-

Mula, 2015; Germán Bes et al., 2011; Gross et al., 2018; Montenegro & Soler, 2013) que viven en viviendas con barreras que los aíslan

- solos o con su pareja de igual o mayor edad
- sin hijos o con hijos que viven lejos, con dificultad para facilitar cuidados entre otros motivos debido a los cambios sociales, económicos y demográficos que hace que haya una menor disponibilidad de personas que cuidan en la familia.

Así pues, en este contexto, es frecuente encontrar personas con edades avanzadas que viven solas, con aislamiento y ausencia de soporte en el cuidado.

En definitiva, conceptos como discapacidad, comorbilidad, vulnerabilidad y fragilidad van directamente relacionados con el envejecimiento (Abellán-García et al., 2019; Alvarez Gregori et al., 2020; Bazo & Ancizu, 2004; Casado-Durandez et al., 2017; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Frías-Osuna et al., 2019a; Gallo-Estrada & Molina-Mula, 2015; Germán Bes et al., 2011; Gross et al., 2018; Montenegro & Soler, 2013).

Según la RAE (2022), se define:

- **Vulnerabilidad.** *Cualidad de vulnerable. Adj: que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente*
- **Fragilidad.** *Cualidad de frágil. Quebradizo y que con facilidad se hace pedazos. adj. Débil, que puede deteriorarse con facilidad. “Tiene una salud frágil”. adj. Dicho de una persona: De escasa fuerza física o moral*
- **Riesgo: “población de riesgo”.** *Conjunto de personas que, por sus características genéticas, físicas o sociales son más propensas a padecer una enfermedad determinada.*

### **Fragilidad Y Riesgo.**

Fragilidad y riesgo son términos que se utilizan con frecuencia para identificar a la persona mayor, si bien el término **fragilidad** es un término ambiguo, que no llega a tener clara

definición entre los mismos profesionales, y que está relacionado principalmente con problemas de autonomía, dependencia, etc (Chen et al., 2018).

El término **riesgo**, por su parte, se relaciona con posibles riesgos que pueden presentarse en el mayor, como el riesgo de maltrato, riesgo económico, etc (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; OMS, 2015).

Hay autores que asimilan ambos términos utilizándolos de manera indistinta, llamándolos “anciano frágil o anciano en riesgo”.

Entre las definiciones de anciano en riesgo-frágil podemos destacar las siguientes:

*Se define “Anciano frágil o de riesgo a la persona mayor que, por determinadas características o condiciones fisicoclínicas, mentales o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función, y de padecer eventos adversos de salud” (Martín Lesende, 2005).*

Puig Llobet et al., (2009) recogen como “[...] *anciano frágil aquella persona mayor con patologías que tienden a la incapacidad física y/o mental; con problemas sociales o factores demográficos” además de “aquél que presenta un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de estresores, como consecuencia de la disminución o la alteración de sus reservas fisiológicas, estando implicados criterios socio-demográficos (edad, soporte social, etc.), médicos (pluripatología, hospitalización y/o reingresos, déficit sensoriales, etc.) y funcionales (actividades básicas e instrumentales).*

Por otro lado, Martín Lesende et al. (2010) definen así al anciano frágil: *“Se llama así a la persona mayor que por su situación personal (enfermedades, problemas sociales o disminución en su capacidad funcional) tiene más posibilidades de perder su autonomía. El anciano de riesgo es una persona «frágil» a la que una nueva enfermedad, una caída o un problema emocional pueden hacer que no pueda valerse por sí misma y precise los cuidados de otros”.*

Finalmente, el Libro blanco de la fragilidad (Vellas, 2016) expone que *“La fragilidad es la expresión fenotípica de un declive progresivo de funciones fisiológicas en múltiples sistemas corporales y se define como un estado de mayor vulnerabilidad al estrés que conlleva un aumento del riesgo de dependencia, deterioro funcional, hospitalización y mortalidad en ancianos”*

La OMS (2023) identifica como indicadores de fragilidad o de alto riesgo las situaciones siguientes:

1. Patología crónica
2. Ictus con secuelas
3. Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses
4. Enfermedad de Parkinson
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Patología osteoarticular degenerativa
7. Caídas
8. Déficit visual severo
9. Hipoacusia severa
10. Enfermedad terminal
11. Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes
12. Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes
13. Ingreso hospitalario en los últimos doce meses
14. Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
15. Incapacidad funcional por otras causas
16. Deterioro cognitivo
17. Depresión
18. Ser mayor de 80 años
19. Vivir solo

20. Viudez inferior a un año
21. Cambio de domicilio hace menos de un año
22. Situación económica precaria

Como se puede observar, todas las definiciones coinciden en las consecuencias de este riesgo o fragilidad y en que, si éste progresa, puede llevar al individuo a una situación que requerirá la utilización de recursos sanitarios y sociales. Si estas necesidades no son cubiertas se producirá la dependencia, que más tarde puede llevar a la institucionalización y finalmente al fallecimiento (Lafuente-Robles et al., 2019; Martín Lesende et al., 2010; Miralles et al., 2003; Puig Llobet et al., 2009; SEGG, 2006).

En la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud, (2006), en atención a la comunidad, hay un apartado que indica *“la atención al riesgo social”* donde se contempla como población diana la atención a personas ancianas en riesgo. Este será el concepto al que nos refiramos en nuestro estudio. La persona anciana en riesgo definida como *“Persona anciana dependiente o en riesgo de dependencia, con problemática social añadida y personas que cumplan alguno de los siguientes indicadores:*

- Persona anciana mayor de 80 años que vive sola.
- Persona anciana aislada o sin apoyo familiar.
- Persona anciana con problemas relacionados con la red social: sobrecarga de cuidador/a, analfabetismo funcional de la persona cuidadora, claudicación de los cuidadores/as.
- Persona anciana con sospecha de malos tratos.
- Persona anciana en riesgo de institucionalización prematura o inadecuada.
- Persona anciana con problemas económicos graves.
- Persona anciana con problemas de vivienda: insalubridad, barreras, riesgo de accidentes, etc.

## CAPÍTULO V. RESPUESTAS INSTITUCIONALES AL ENVEJECIMIENTO

En este capítulo se pretende hacer recuento de las principales políticas que parten de la OMS sobre el envejecimiento y que instan a los países miembros a trabajar en el tema. Se presentan, pues, acuerdos, estrategias y planes trazados durante décadas sobre el envejecimiento, tanto a nivel global, europeo, nacional y autonómico y que, con mayor o menor fortuna, han intentado seguir las directrices marcadas por la OMS. El objetivo que subyace en cada una de estas políticas no es otro que mejorar el estado de salud de las personas mayores a través de compromisos sanitarios y sociales.

A continuación, se hace un repaso, con carácter cronológico, sobre las medidas políticas implementadas y su adaptación a las pautas marcadas por la OMS.

### ***Nivel Internacional: ONU, OMS Y UE.***

Antes de describir sus particularidades, la siguiente Tabla 9 presenta un listado de los acuerdos, estrategias y planes que tuvieron como origen estas instituciones.

**Tabla 9. Listado de iniciativas a favor del envejecimiento saludable de la ONU, OMS y UE.**

1982	Plan Internacional de Viena sobre Envejecimiento
1991	Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad
2000	Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
2002	Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan Madrid
2005	Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores
2015	Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud
2016-2020	Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana
2021-2030	Década del Envejecimiento Saludable

Fuente: Elaboración propia.

Entre las primeras respuestas a las distintas dimensiones del fenómeno se encuentra el “Plan Internacional de Viena sobre Envejecimiento” (Naciones Unidas, 1982), que tuvo como propósito iniciar acciones a nivel internacional encaminadas a garantizar la seguridad económica y social de las *personas de edad*, crear oportunidades para que contribuyan al desarrollo de sus países y lograr reacciones sociales ante el envejecimiento de las poblaciones.

Posteriormente, en 1991, desde el mismo organismo, se adoptaron los “Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad” (ONU, 1991) que enumeraban 18 derechos de las personas mayores relativos a la independencia, la participación social, la atención, la realización personal y la dignidad. Se recomendaba a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. La Asamblea entendió estos principios de la siguiente forma:

*Independencia para:*

1. *Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados; con ingresos dignos; con apoyo de sus familias y de la comunidad.*
2. *Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.*
3. *Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.*
4. *Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.*
5. *Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.*
6. *Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.*

*Participación*

7. *Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.*
8. *Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.*

9. *Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.*

#### *Cuidados*

10. *Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.*
11. *Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.*
12. *Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.*
13. *Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.*
14. *Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.*

#### *Autorrealización*

15. *Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.*
16. *Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.*

#### *Dignidad*

17. *Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.*

*18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.*

Casi una década más tarde, en 1999, la misma Asamblea General de la ONU, proclamó *El Año Internacional de las Personas de Edad*, que se pasaría a celebrar el 1 de octubre de cada año (ONU, 2023b).

Al año siguiente, la UE estrenaría milenio con su Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000. En ella, se recogieron los derechos civiles, políticos, económicos y sociales, derivados de la ciudadanía de sus estados miembros. El documento fue un compendio actualizado de derechos fundamentales que aparecieron previamente en los tratados comunitarios, y en él se hacía mención expresa a los de las personas mayores. (cita)

Sólo un poco más tarde, en 2002 se celebró en Madrid la *II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (ONU, 2002) y, gracias a ella, se realizó una declaración política asociada al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento con el propósito de diseñar un enfoque global sobre el fenómeno, abogando por un cambio de actitud de políticas y de prácticas a todos los niveles para aprovechar el enorme potencial de las personas mayores en el siglo XXI. Los responsables de la formulación de políticas de los distintos estados tendrían, a partir de este plan, una imagen más amplia que la ofrecida por sus intereses locales a la hora de considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Específicamente, las recomendaciones de acción específicas del Plan dieron prioridad a:

- Las personas mayores y el desarrollo.
- La promoción de la salud y el bienestar en la vejez.
- La protección de un entorno propicio y de apoyo para estas personas.

De entre todas las cuestiones abordadas en este *Plan de Madrid* destacan las referidas a la consideración especial a las personas de edad que residían en zonas rurales y que carecían de parientes —particularmente, a las mujeres de edad, que afrontan una vejez más prolongada y a menudo con menos recursos—.

En Madrid, también se hizo mención especial al papel de la AP y a la importancia de ésta en la atención a las necesidades de la persona mayor. Según el plan, su valor reside en distintos elementos, como son la capacidad de formación y capacitación de los profesionales de salud en relación a la atención al mayor, más la potencial coordinación para la atención a largo plazo con los servicios sociales y otros servicios comunitarios —así como con los servicios de atención continua, incluidos los de prevención y promoción—. Paralelamente, se aborda la temática de la vivienda y condiciones de vida, la importancia sobre la accesibilidad y la seguridad, más las carga financiera relacionada con las adaptaciones precisas para la habitabilidad del hogar (el plan subrayó, en este sentido, que —siempre que sea posible—, las personas de edad tuvieran la posibilidad de elegir debidamente el lugar donde querían vivir, una variable que animaba a incorporar a las políticas y programas).

Siguiendo en esta II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, (ONU, 2002) y en relación con los cuidados y la asistencia, se destacó el rol de la familia para el cuidado y la necesidad de ofrecer asistencia y servicios continuados, proveniente de diversas fuentes, a las personas de edad, considerando, igualmente, el apoyo a las personas que prestan asistencia.

Por otra parte, el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad —y las formas en las que pueden presentarse (física, psicológica, emocional y financiera)— fueron otras de las cuestiones que se tuvieron en cuenta en Madrid, junto con su prevención y la capacitación de los profesionales para la identificación de estos problemas. La perspectiva de género ya estuvo presente, al indicar que las mujeres de edad eran más vulnerables al maltrato, sobre todo cuando interseccionaba con la pobreza y la falta de acceso a servicios jurídicos.

Por último, a modo de síntesis, el plan terminó subrayando, como variables medulares, las relacionadas con la situación en relación con la familia y apoyos, lugares de residencia, acceso a alimentos y nutrición adecuada, más el acceso a los servicios de salud. En conclusión, sus temas centrales fueron los que siguen (ONU, 2002):

- La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
- El envejecimiento en condiciones de seguridad, con el objetivo de la eliminación de la pobreza en la vejez.
- La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.
- El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo.
- El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones.
- La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación.

En 2005, la ONU puso el foco en la importancia de cuidar los entornos al crear la “Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores” (OPS & OMS, 2018). Este proyecto fue presentado en el *XVIII Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría*, celebrado en Río de Janeiro (Brasil). Esta red estaba orientada a lo siguiente:

1. Inspirar un cambio para indicar lo que se puede hacer para crear los entornos amigables (y cómo hacerlo).
2. Conectar a las ciudades y las comunidades alrededor del mundo para que puedan intercambiar información, conocimiento y experiencia.
3. Apoyar a las ciudades y las comunidades para que puedan encontrar soluciones innovadoras basadas en la evidencia.

El siguiente hito llegaría 10 años más tarde, en 2015, con el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” de la OMS (2015). Este documento concluye que hay muy poca evidencia de que los años adicionales de vida se estuvieran traduciendo en mejor salud, como fue el caso de las generaciones anteriores con la misma edad. De igual modo, hace hincapié en que los gobiernos deben garantizar políticas que permitan a las personas mayores seguir participando en la sociedad y que eviten reforzar las inequidades que, a menudo, sustentan la mala salud en la edad avanzada.

Este informe tuvo un impacto directo en políticas regionales. Los países miembros adoptaron, por regiones, esta normativa con la creación de sus propias estrategias y planes de envejecimiento. A modo de ejemplo, la “*Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*” (CEPAL, 2023). propuesta realizada en cumplimiento por lo solicitado por los países miembros de la Comisión Económica de América Latina y El Caribe . Otra muestra está constituida por el taller organizado en Kenia para reforzar la capacidad de distintos países africanos para formular, aplicar, supervisar y revisar las políticas para las personas mayores a escala nacional, regional y local, utilizando diversas metodologías de carácter ascendente que propiciaran la participación de las personas mayores (United Nations For Ageing, 2021).

Sólo un año más tarde, en 2016 y dentro de la *LXIX Asamblea Mundial de la Salud*, se presentó el proyecto “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana” (LXIX Asamblea Mundial de la Salud, 2016). Se trata de un proyecto de carácter resolutivo, presentado por delegaciones de todos los continentes (aunque sin la presencia de España). Entre sus objetivos estratégicos figuró el adoptar medidas sobre el envejecimiento saludable, la creación entornos adaptados a las personas mayores y armonización de los sistemas de salud, para que fueran sostenibles y equitativos de acuerdo a las necesidades derivadas de sus entornos específicos.

En la actualidad, la Asamblea General de la ONU ha declarado el periodo 2021-2030 como la *Década del Envejecimiento Saludable* (OMS, 2023), pidiendo a la OMS que se encargara de liderar su puesta en práctica. Esta iniciativa es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, academia, medios de comunicación, sector privado y profesionales para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa durante los 10 años mencionados orientada a promover vidas más largas y saludables, intentando reducir las desigualdades en materia de salud y mejorando la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades.

Otras instituciones e iniciativas de interés relacionadas con el envejecimiento, vigentes en la actualidad son las que siguen:

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de la ONU (2023a) es un organismo considerado de vital importancia a nivel global en las esferas económica, social y medioambiental, recopilando, generando y analizando una amplia gama de documentación a la que recurren los estados miembros de la ONU para elaborar sus políticas. Entre estas, se encuentra la:

- World Population Ageing Report (ONU, 2020)
- World Population Prospects (United Nations, 2022)

El *Día Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas (UNIDOP)* (ONU, 2023b). En la celebración correspondiente a 2022 puso de relieve "La resiliencia y la contribución de las mujeres de edad" a la hora de afrontar con éxito los numerosos retos mundiales actuales.

#### **Normativa Nacional.**

En España, se han diseñado los siguientes planes y estrategias para dar respuesta a las líneas estratégicas y objetivos marcados por la OMS:

*Plan de Acción de las Personas Mayores 2003-2007* (Imsero, 2003): plantea una política integral destinada a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad. Pone a su disposición presupuesto para establecer una red de recursos estructurados en cuatro áreas de acción:

- Igualdad de oportunidades
- Cooperación
- Formación especializada
- Información e investigación.

*El Libro blanco del envejecimiento activo 2011* (Imsero, 2022): presentado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), indica que las políticas deber ir dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Administraciones públicas, asociaciones de personas mayores, agentes sociales y numerosos expertos y expertas colaboraron en su realización. El documento incluye más de un centenar de propuestas que responden a la realidad, a los deseos y las expectativas de las personas mayores. Sus conclusiones se apoyan en los datos obtenidos de dos encuestas, una realizada a las personas mayores sobre su situación en la sociedad y sobre ellos mismos, y otra sobre la opinión que la población general tiene sobre ellas. El documento reclama la colaboración de todas las instituciones, entidades, sectores, agentes y colectivos sociales para fomentar y extender la cultura del envejecimiento activo y saludable.

*Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021* (Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017) . Fue creada con el objetivo de:

*“recoger las líneas de actuación que orienten las políticas públicas, presentes y futuras, hacia las personas mayores, dirigidas a promover el envejecimiento activo, la calidad de vida y su buen trato, así como las que se desarrollen por las administraciones públicas, entidades, asociaciones de personas mayores y por las propias personas mayores, teniendo como referencia cercana, el Marco de Actuación para Personas Mayores, informado por el Consejo de Ministros en octubre del 2015”*

Esta estrategia recogía propuestas que venían a desarrollar el contenido de las orientaciones de la UE en cumplimiento de lo dispuesto en la Declaración del Consejo de la Unión Europea de 6 de diciembre de 2012 (y en la Comunicación de la Comisión Europea de 20

de febrero de 2013) (Moreno Abellán, 2015), en la que se insta a los estados miembros a que sigan las orientaciones que han de guiar el envejecimiento activo y la solidaridad entre las generaciones, elaboradas conjuntamente por los Comités de Empleo y Protección Social de la Unión Europea (y con motivo del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012). En este sentido, la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo coloca a las personas mayores en el centro de sus actuaciones, estipulando que deben ser y sentirse sujetos en la definición y ejecución de las políticas públicas. Estas ayudarán a satisfacer sus necesidades, independientemente de sus características personales, económicas y sociales. (estrategia). Su objetivo principal fue el de conseguir cubrir todas las necesidades y demandas de la población mayor en sus aspectos vitales, proponiendo, entre otras acciones:

- Garantizar a las personas mayores igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos.
- Garantizar la participación activa de las personas mayores en la formulación y aplicación en todas las actividades de la vida pública (si así lo desean) y, especialmente, en las políticas que les afecten.
- Promover la permanencia de las personas mayores en su entorno familiar y comunitario.
- Propiciar formas de organización y participación de las personas mayores, que le permitan a la sociedad aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- Impulsar la atención integral e interinstitucional, centrada en las personas mayores, por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- Garantizar la protección y la seguridad social de las personas mayores.
- Evitar la discriminación por motivos de edad.
- Prevenir, diagnosticar, atender y erradicar las situaciones de malos tratos y abusos contra las personas mayores.

- Mantener la calidad de vida con pensiones dignas, tal y como se recoge en la Constitución española.
- Dotar de derechos y seguridad jurídica a los mayores en todos los ámbitos que les afectan.
- Favorecer, con medidas efectivas, el envejecimiento activo ya que a través de él se conseguirá un envejecimiento saludable.

*Instituto de Mayores y Servicios Sociales* (Imserso, 2023a): Esta entidad gestora, perteneciente a la Seguridad Social e Instituto Nacional de Servicios Sociales, se definió en el Real Decreto-Ley 36/1978, del 16 de noviembre y se creó para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social. Hasta 1997, dirigía su acción hacia las personas mayores y personas con discapacidad, así como los solicitantes de asilo y refugiados, y su estructura estaba enfocada para un ámbito territorial de gestión a nivel nacional. Posteriormente, el Real Decreto 140/1997, de 31 de enero, transformó el Instituto Nacional de Servicios Sociales en el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, ampliando las competencias de la entidad en materia de inmigración, configurándose, con ello, en torno a colectivos: personas mayores, personas con discapacidad y migrantes. Varios han sido los decretos que han ido modificando la estructura del Imserso hasta la aprobación del Real Decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. Con esta reglamentación, el Imserso, como Entidad Gestora de la Seguridad Social, quedó adscrito al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales (esta entidad es también miembro activo de otras organizaciones internacionales que se ocupan de materias relacionadas con la atención de las personas mayores y personas en situación de dependencia, así como de seguridad social y bienestar social).

*Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia* : (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, 2006) regulado por el Real Decreto 291/2015,

aporta criterios de calidad de centros y servicios, así como las prestaciones para este sistema. Los gobiernos de las CCAA son los que tienen competencia para la actuación en su territorio y para elaborar sus propias líneas de trabajo.

*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2021* (Román Sánchez et al., 2021): aprobada por el Ministerio de Sanidad, se trata de un informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación entre las que está incluido el envejecimiento y el abordaje del mismo.

Otras publicaciones destacables a nivel nacional son las siguientes:

- *Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad* (Gobierno de España, 2019): creada por la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad.
- *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*: creada, igualmente, por la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad, perteneciente al Ministerio de Sanidad.
- *Estrategia nacional de Salud Pública* (Gobierno de España, 2022) también a cargo del Ministerio de calidad, se publica con el lema “Mejorando la salud y el bienestar de la población” y señala estrategias para abordar el envejecimiento.

#### **Nivel Autonómico.**

Dentro de España, pero a nivel de Comunidades Autónomas (CCAA), no todas han trabajado específicamente en el tema del envejecimiento. Sólo 13, de las 17, presentan programas, planes o estrategias dirigidas a la atención de personas mayores. En la Tabla 10 se muestra un resumen de estas iniciativas (Agost Felip et al., 2021).

**Tabla 10. Planes y Estrategias sobre envejecimiento en España (por Comunidades Autónomas)**

Andalucía	<p>Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2010</p> <p>I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores de Andalucía 2020-2023</p>
-----------	--

Asturias	Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA) 2108-2021
Canarias	Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Islas Canarias: Consejería de Sanidad y Consumo. 2002
Cantabria	Recursos sociales para mayores. Dirección General de Políticas Sociales. 2005
Castilla La Mancha	II Plan de Atención a Personas Mayores. Horizonte 2011
Castilla Leon	Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Activo (2017-2021)
La Rioja	II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores (2007- 2010)
Cataluña	“Protocolo Marco y Orientaciones de Actuación contra el Maltrato a la Gente Mayor (2012)”.  “II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2007-2010)”.
Madrid	Estrategia de Atención a las personas mayores (2017-2021)
Navarra	Plan de Atención Individualizada a Personas Mayores en Situación de Dependencia (2014)  Estrategia del Envejecimiento Activo en Navarra. Plan de Acción (2018-2021)
Region de Murcia	Plan de Acción Social para las Personas Mayores 2013
País Vasco	Cien Propuestas para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen:. 2011  “Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo” (2015-2020)
Galicia	Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia. 2013
Valencia	“Plan de Calidad Asistencial Gerontológica” (1998-2003)  Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana. 2013  IV Plan de Salud 2016-2020  Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social (PVICS) de 2017  Estrategia Valencia de Envejecimiento activo y lucha contra la soledad no deseada (2023-2027).
Islas Baleares	“Anuario de Envejecimiento” (desde 2008 a 2016)

Fuente: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4452352017/4452352017.pdf> (Según publicación, estos datos son de las Comunidades que tenían publicados documentos).

### **A Nivel De Andalucía**

A nivel andaluz se ha nombrado la publicación del Libro Blanco del Envejecimiento Activo, publicado en 2010 por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (García Rodríguez,

2010), y el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores de Andalucía 2020-2023 (Junta de Andalucía, 2020).

Previamente, se publica Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores que regula la participación, los servicios sociales especializados en el ámbito de las personas mayores, derechos y deberes de las personas usuarias, la atención sanitaria y social, acceso a la vivienda, protección jurídica y económica, entre otras cuestiones fundamentales. El objetivo de esta ley es regular y garantizar un “sistema integral de atención y protección” a las personas mayores, indicando la colaboración y participación de todas las administraciones públicas de Andalucía. Entre la normativa, se contempla: garantizar los derechos y libertades de las personas mayores, prevenir situaciones de abuso y explotación, velar por el cumplimiento de las obligaciones familiares respecto a las personas mayores, garantizar la coordinación interadministrativa, fomentar la participación y difundir en la sociedad andaluza la importancia de la función social de las personas mayores.

En 2011, se publica el “Libro Blanco de Envejecimiento Activo” (García Rodríguez, 2010), siendo Andalucía la primera de las CCAA que incorpora el concepto de envejecimiento activo en un Libro Blanco autonómico. Esta publicación aporta una visión del envejecimiento más inclusiva y de participación social de acuerdo con las capacidades, recogiendo una serie de principios como los de protección, coordinación, inclusividad, intergeneracionalidad y atención al entorno urbano y rural (Junta de Andalucía, 2020).

La *Estrategia de Alzheimer de Andalucía* (Consejería de Salud y Consumo & Junta de Andalucía, 2017), tiene su origen en el Plan Andaluz de Alzheimer (2007-2010) y presenta, como objetivo principal, el abordaje multidisciplinar, intersectorial e integrado de las personas afectadas de algún tipo de demencia y de las familias que las cuidan. (Estrategia de Alzheimer)

Como hemos identificado con anterioridad, el *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016 – 2020* (Junta de Andalucía, 2023) cuenta con participación interinstitucional y está en coordinación con asociaciones y otras

entidades relacionadas. Tiene como objetivos evitar situaciones graves de dependencia, reforzar las medidas orientadas a disminuir el impacto en las personas afectadas (así como en las cuidadoras) y evitar el agravamiento en las personas ya afectadas.

Por último, haremos mención al *I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores de Andalucía 2020-2023* (Junta de Andalucía, 2020), actualmente, en vigencia. Sus objetivos son los siguientes: *“promover el bienestar de las personas mayores en Andalucía y proporcionarles una atención basada en la prevención, la sostenibilidad, y el cuidado integral y continuado, de manera que puedan disfrutar plenamente de sus derechos”*. Por otro lado, trabaja en cinco líneas estratégicas: 1) la prevención de la dependencia, 2) la atención a la dependencia, 3) las personas mayores en situación de especial vulnerabilidad y 4) fomento del buen trato a las personas mayores y con soledad no deseada.

#### **Legislación Nacional Relacionada Con El Envejecimiento.**

Después de repasar las iniciativas, estrategias y planes relacionados con el envejecimiento poblacional a nivel internacional, nacional y autonómico, se presentan los principales hitos de la legislación española en relación a la atención al mayor, señalando no solo el derecho constitucional, sino también normativas y reglamentación que pretenden dar respuesta a las necesidades de la persona mayor. La Tabla 11 muestra una síntesis de los hitos legislativos mencionados.

**Tabla 11. Resumen, leyes relacionadas con la atención a personas mayores.**

Constitución Española de 29 de diciembre de 1978	Derechos como ciudadanos
Real Decreto-Ley 36/1978, del 16 de noviembre	Gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo
Real Decreto 2620/1981, de 24 de julio	Se regulan los fondos para la atención a mayores
Ley 14/1986 del 25 de Abril	Ley General de Sanidad; Cambio en la atención sanitaria. Se crea la Atención Primaria de Salud
Real Decreto 140/1997 del 31 Enero	Se crea el Instituto Nacional de Migración y Servicios sociales. IMSERSO
Ley 6/1999, de 7 de julio	De atención y protección a las personas mayores

Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio,	Transforma el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en "Instituto de Mayores y Servicios Sociales." pretende potenciar políticas para las personas mayores y desarrollar programas para cubrir necesidades que presentan
Real Decreto 117/2005, de 4 de febrero	Se crea el Consejo Estatal de personas mayores, órgano consultivo y asesor al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Real Decreto 1226/2005 de 13 Octubre	Se establece la estructura orgánica y funciones del IMSERSO
Ley 39/2006, de 14 de diciembre	Se publica la Ley de dependencia (LD): "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia"
Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio	Se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social
Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre	Regulación de prestaciones para la Ley de dependencia

### **La Constitución Española De 29 De Diciembre De 1978. Derechos Del Mayor.**

En el Capítulo III (Cortes generales, 1978), se establece el siguiente articulado relacionado con nuestra temática de estudio:

- Artículo 9. 2 *"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".*
- Artículo 10.2 *"Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España."*
- Artículo 14. *"Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social."*

- Artículo 41. *“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”*
- Artículo 43. *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.[...]*
- Artículo 49. *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.”*
  - Artículo 50. *“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.”*

**Ley 14/1986 Del 25 De Abril (Ley General De Sanidad).**

Por otro lado y en relación directa con la atención sanitaria, en España se publica en 1986 la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) para dar respuesta a este cambio, respondiendo al artículo 43 de la Constitución.

En su apartado VI, la ley hace referencia a las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias que estarán orientadas:

- A la promoción de la salud.
- A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

- A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y de reinserción social del paciente.

En la ley se contempla la responsabilidad del sistema público en relación a la atención sanitaria:

- Artículo 10: “Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.”
- Artículo 18: en él destacan los siguientes apartados en relación a la Atención Primaria:
  - Apartado 2 *“La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad”*
  - Apartado 5 *“Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas”*
  - Apartado 16: *El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles*
  - Apartado 18: *La promoción, extensión y mejora de los sistemas de detección precoz de discapacidades y de los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades o la intensificación de las preexistentes*
- Artículo 45: en él se aborda la protección de la salud de la población, estipulando que el *“Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.”*

**Ley De Promoción De La Autonomía Personal Y Atención A Las Personas En Situación De Dependencia (Conocida Como *Ley De Dependencia*).**

Es en el año 2006 cuándo se publica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, conocida como Ley de Dependencia.

**Real Decreto 1051/2013, De 27 De Diciembre.**

Regula las prestaciones del sistema para la ley anterior (Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2013).

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos e iniciativas de organizaciones internacionales, como la OMS, el Consejo de Europa y la UE. En 2006, el Estado apuesta por dar respuesta a las necesidades de la población con problemas de autonomía y, entre otros motivos, al incremento de la población mayor ya mencionada en el primer capítulo. Hay un incremento importante de población mayor de 80 años y esto conlleva que esta tenga mayor impacto por dependencia.

Con esta ley se pretende dar respuesta a los artículos 49 y 50 de la Constitución, que hacen referencia “a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.” Por otro lado, la Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006*).

Conforme a esta legislación, se crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, un instrumento de cooperación para la articulación de los servicios sociales. Este Consejo estará adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad,

y estará constituido por la persona titular de dicho Ministerio, que ostentará su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de servicios sociales y de dependencia de cada una de las CCAA, recayendo la vicepresidencia en uno de ellos (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006*).

Al mismo tiempo, esta ley regula sus condiciones básicas mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas para “*desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias*” (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006*).

Entre los principios en los que se inspira esta ley, se destacan a continuación los más relevantes en cuanto al tema que nos ocupa:

- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.
- La cooperación interadministrativa.

La Ley de la Dependencia también tiene competencia autonómica, y así lo identifica en su artículo 11 (*Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema*), estableciendo que

*“El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales”.* Vienen identificadas sus funciones y competencias, tanto a nivel autonómico como local (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006*).

En sus distintos capítulos, concreta una serie de funciones y competencias de entre las que se destacan las siguientes:

*Cap. 1* En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones:

- Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.
- Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.
- Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.
- Crear y actualizar el registro de centros y servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.
- Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.
- Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.
- Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

- Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación.

En cuanto a las prestaciones de atención a la dependencia (recogidos en el artículo 14), tanto de servicios como económicas (ley), acentuamos los siguientes capítulos:

- Cap. 1, relativo “A la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.”
- Cap 2, relativo a que “Los servicios se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.”
- Cap. 3, relativo a que “De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, incorporará la prestación económica [...]. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención [...]”
- Cap. 4, relativo a que “El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.”
- Cap. 5, relativo a que “Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal [...]”.
- Cap. 6, relativo a que “La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado de dependencia [...] las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica [...]”.
- Cap. 7, relativo a que “A los efectos de esta Ley, la capacidad económica se determinará, en la forma que reglamentariamente se establezca, a propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en atención a la renta y el

patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrán en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta”.

Más allá de lo recogido anteriormente, es en el artículo 15 donde se enumera el catálogo de servicios, entre los que están (Tabla 12):

**Tabla 12: Servicios que ofrece la ley de dependencia.**

Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.	
Servicio de Teleasistencia	
Servicio de Ayuda a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Para la atención de las necesidades del hogar</li> <li>* Para cuidados personales</li> </ul>
Servicio de Centro de Día y de Noche:	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Centro de Día para mayores.</li> <li>* Centro de Día para menores de 65 años.</li> <li>* Centro de Día de atención especializada.</li> <li>* Centro de Noche</li> </ul>
Servicio de Atención Residencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Residencia de personas mayores en situación de dependencia.</li> <li>* Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Destacar, por otro lado, el artículo 21 que señala como objetivo la prevención de las situaciones de dependencia:

*“Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, [...] acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.”*

En el capítulo 3, del artículo 26 de la ley se indican los distintos Grados de dependencia, según la valoración realizada. Estos grados se han visto modificados en una publicación posterior (Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre) quedando de la siguiente manera (Tabla 13):

**Tabla 13. Grados de dependencia reconocidos por la ley de dependencia.**

GRADOS DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Grado I.	Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal
Grado II.	Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal
Grado III.	Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal

Elaboración propia y fuente: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Estos grados de dependencia vienen determinados por una valoración que contempla la autonomía de la persona, y la necesidad de apoyo para las actividades de vida diaria (ABVD). La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva (informe social), y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas. (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, 2006). Las comunidades autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados que la persona requiera. Acorde a estos grados, se adjudicarán los recursos mediante la realización de un Plan Individual de Atención (PIA).

Un elemento más de esta ley es su Disposición adicional tercera, donde se hace referencia a las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal:

*“La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal.”*

Estas ayudas tendrán la consideración de subvención e irán destinadas a apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria y a facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar para que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento dentro de la vivienda.

En esta línea, en la Disposición adicional decimoquinta se hace referencia a “la Garantía de accesibilidad y supresión de barreras”, de tal forma que:

*“Las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán las condiciones de accesibilidad en los entornos, procesos y procedimientos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en los términos previstos en la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.”*

Posteriormente, en la disposición final primera, se aborda la puesta en marcha de esta ley (“Aplicación progresiva de la Ley.”):

*“En el marco de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses, independientemente de que la Administración Competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones”*

Por último, en su Disposición final sexta, se contempla la presentación de un “Informe y memoria anual del Consejo Territorial y el dictamen de los Órganos Consultivos”.

Más tarde, en 2013, se publicaba el número de horas asignadas según grado de dependencia (Tabla 14).

**Tabla 14. Horas de atención domiciliaria publicadas en RD 2013**

GRADO DE DEPENDENCIA	HORAS ASIGNADAS
Grado III. Gran dependencia	Entre 46 y 70 horas mensuales
Grado II. Dependencia severa	Entre 21 y 45 horas mensuales
Grado I. Dependencia moderada	Entre

Elaboración propia. Fuente: RD2013

En el informe anual del Imserso de 2019 (Imserso, 2023a) se presentaba la actividad e inversiones económicas realizadas, contemplando pensiones, ayudas a dependencia, aprobación de discapacidad, inversión en rehabilitación, empleo, apoyo a rehabilitación de vivienda (*Fondo Social de la vivienda*), además de otras inversiones como ocio y tiempo libre.

El servicio de teleasistencia es el recurso más utilizado, con 942.446 usuarios, suponiendo un 10.41% de los mayores. Se trata de un servicio feminizado, donde el 76% son mujeres y el 67% son personas de 80 años o más. Después le sigue el servicio de ayuda domicilio (SAD) que atiende a 451.507 personas mayores (lo que representa un 4.99% de personas mayores de 65 años). Entre la población atendida, el 72% son mujeres y el 69% son mayores de 80 años.

En relación a los centros de mayores, en España hay unos 4.000 centros y a ellos hay asociadas 4.191.406 personas, lo que supone un 46.29% de los mayores. Entre esta población, el 54% son mujeres y el 60% son mayores de 80 años.

Los Centros de Día contaban con 96.499 plazas distribuidas en 3.603 centros a 31 de diciembre de 2018, lo que implica un índice de cobertura de 1,07. De las 67.930 personas usuarias, el 70 % son mujeres y el 70 % superan los ochenta años.

Los Servicios de Atención Residencial en España tienen una oferta de 6240 centros con un total de 391.475 plazas, y un índice de cobertura de 4,32. De las 280317 usuarias, el 70% son mujeres y el 82%, supera los 80 años. Los servicios de atención residencial más demandados

son los Centros Residenciales, cuyas plazas constituyen el 97 % de las plazas analizadas, y, en segundo lugar, las viviendas para mayores.

A continuación, la Tabla 15 muestra una síntesis de las prestaciones y servicios descritos:

**Tabla 15. Prestaciones a personas mayores en España.**

Tipo de Servicios para personas Mayores	Población ≥ 65 01/01/2019	Centros	Plazas	Índice de Cobertura	Personas usuarias de 65 años o más										
					Total			Hombres		Mujeres		Personas de 65 a 79 años		Personas de 80 años o más	
					Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Teleasistencia	9.055.580	-	-	10,41	942.446	230.408	24,4%	712.038	75,6%	304.323	32,6%	629.905	67,4%		
Ayuda a domicilio		-	-	4,99	451.507	125.171	27,7%	326.336	72,3%	140.532	31,1%	310.975	68,9%		
Centros de Día		3.603	96.499	1,07	67.930	20.540	30,2%	47.390	69,8%	20.326	29,9%	47.604	70,1%		
Servicios de Atención Residencial		6.240	391.475	4,32	280.317	83.424	29,8%	196.893	70,2%	51.760	18,5%	228.557	81,5%		
Centros Residenciales		5.457	381.158	4,21	276.924	81.849	29,6%	195.075	70,4%	50.392	18,2%	226.532	81,8%		
Viviendas para Mayores	783	10.317	0,11	3.393	1.575	46,4%	1.818	53,6%	1.368	40,3%	2.025	59,7%			
<b>Servicio de Participación Social</b>	<b>Población ≥ 65 01/01/2019</b>	<b>Centros</b>	<b>Plazas</b>	<b>Índice de Cobertura</b>	<b>Personas usuarias de 65 años o más</b>										
					<b>Total</b>			<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Personas de 65 a 79 años</b>		<b>Personas de 80 años o más</b>	
					<b>Nº</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Centros de Mayores	9.055.580	4.000	-	46,29	4.191.406	1.846.263	44,0%	2.345.143	56,0%	-	-	-	-	-	-

Fuente: <https://imserso.es/documents/20123/84540/informeanual2019.pdf/d8db2791-d487-b4c1-fd68-a514105874c7>

## CAPÍTULO VI. ATENCIÓN PRIMARIA.

En este capítulo presentamos la AP, su definición, origen y estructura, para contextualizar adecuadamente el ámbito en el que se desarrolla nuestro estudio. Además, describiremos el papel en la atención a la persona mayor (de forma individual, en familia y en comunidad) y la definición del papel de los profesionales que intervienen en dicha atención.

La AP, según la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, se define del siguiente modo:

*“Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.”* definición aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 1978):

Esta definición enmarca una serie de acciones enmarcadas en la salud pública, bien sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, es considerada como el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

La AP nace en 1978 con la declaración de Alma Ata, convocada por la OMS y erigiéndose como *“el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”* (OPS/OMS, 1978) Por tanto, es considerada como la puerta de entrada o *gatekeeper* para la atención especializada (Gérvas, 2004).

La AP tiene como objetivo intentar alcanzar objetivos salubristas desde dentro de un sistema sanitario y pretende impulsar estrategias fuera de este sistema. En este contexto, y con la ayuda del ministro canadiense Marc Lalonde, surge la Carta de Ottawa de 1986 de Promoción de la Salud (Pan American Health Organization et al., 1986), en las que el sistema sanitario ya no es el centro, sino solo el mediador.

La atención sanitaria se asegura para la totalidad de la población europea, bien por un Sistema Nacional de Salud (SNS) —financiado fundamentalmente de los impuestos generales (sirven de ejemplo Dinamarca, España, Finlandia, Italia, Portugal, el Reino Unido y Suecia)—, o bien por un Sistema de Seguridad Social (SSS) —financiado fundamentalmente por los impuestos pagados por trabajadores y empresarios (sirven de ejemplo Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Hungría y Polonia) —. (Gérvas, 2004). Varios países, como España y Portugal, han pasado de un SSS a un SNS, como expresión democrática de anhelo de justicia social (Gérvas, 2004).

En España, se publica el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, 1984 estipulando la estructura que tendrá la AP. De esa manera, se delimitan las zonas de salud entendidas como la *“demarcación poblacional y geográfica fundamental: delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”*.

La ZBS es el término que casi todas las CCAA utilizan y viene definida como *“la delimitación geográfica que sirve de referencia para la actuación del equipo sanitario de atención primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud”*. Cada ZBS dispone de un hospital de referencia para la atención especializada y de un centro de especialidades (Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, 1984).

El centro de salud es la estructura física donde se lleva a cabo la AP coordinada globalmente, integral, permanente y continuada. Es la base de trabajo de los profesionales sanitarios y no sanitarios, donde se desarrolla su actividad asistencial y las funciones en los equipos de AP. Los Equipos de Atención primaria (EAP) están formados por los profesionales que atienden en éste nivel asistencial a la población: profesionales de medicina (medico/as y pediatras) por profesionales de enfermería, farmacéuticos y otros profesionales de soporte, como veterinarios, trabajadores sociales y personal administrativo. Cada profesional tiene funciones asignadas para la asistencia a la población que atiende (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 1986).

En Andalucía, los servicios de AP están organizados en distritos que integran demarcaciones territoriales (las ZBS descritas). En cada zona básica de salud se ubican los centros de AP.

Con el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, constituyéndose las Áreas de Gestión Sanitaria. El SAS viene organizado por:

- Los Distritos Sanitarios de AP, que constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la AP, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia y la investigación. En ocasiones, son las áreas de gestión sanitaria las responsables de la gestión unitaria de los dispositivos asistenciales, tanto de la AP como de la hospitalaria, así como de la salud pública, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar para ello.
- La ZBS es el marco territorial para la prestación de la AP, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están

constituidas por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

- Los centros de AP, en los que se presta la asistencia sanitaria. Son de tres tipos: centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares.
- Diferentes dispositivos de apoyo que, ubicados en un punto o varios del distrito o área de gestión sanitaria, dan servicio a toda la población, (unidades radiológicas, de fisioterapia y rehabilitación, gabinetes odontológicos, unidad de mamografías, etc.)
- (Y por último) Dispositivos de Urgencias y Emergencias de AP, que están formados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de atención primaria que, a su vez, engloban a Servicios de Urgencias de AP y Equipos movilizables (incluyendo los de cuidados avanzados y las ambulancias de transporte urgente).

En cuanto a su *Cartera de Servicios*, recoge el conjunto de actividades científico-técnicas que se realizan en el primer nivel asistencial y funciones de los profesionales. Se identifican diferentes áreas: (cartera servicios)

#### 1. Área de Atención a la Persona

##### 1. Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente.

1. Asistencia por profesionales de medicina y enfermería en el centro de AP y domicilio.
2. Asistencia pediátrica en el centro de AP y domicilio.
3. Asistencia de enfermería en el centro de AP y domicilio.

##### 2. Atención Específica.

1. Atención a problemas cardiovasculares.
2. Atención a problemas crónicos.
3. Abordaje del cáncer.
4. Atención a problemas infecciosos de especial relevancia.
5. Prevención y promoción de salud.

6. Atención relacionada con la salud reproductiva y sexual.
  7. Atención a otros procesos relevantes.
  8. Atención a personas en domicilio.
  9. Atención a problemas de salud.
  10. Otros servicios (atención a personas víctimas de violencia de género, examen de salud a mayores de 65 años, atención a personas ancianas en instituciones, atención a personas polimedicadas, atención a personas cuidadoras, atención a personas con enfermedades raras, etc.)
  11. Atención a problemas urgentes.
3. Atención a las personas en edad pediátrica.
    1. Seguimiento de salud infantil.
    2. Oferta especial, seguimiento en la adolescencia.
    3. Atención específica.
2. Área de Atención a la Familia
    1. Abordaje familiar: conceptos básicos
    2. Manejo del duelo
    3. Área de abordaje a las familias de especial necesidad.
      1. En riesgo de desventaja o exclusión social.
      2. Atención a personas necesitadas de cuidados y sus cuidadores/as.
      3. Atención a la violencia.
3. Área de Atención a la Comunidad
    1. Abordaje comunitario.
      1. Abordaje grupal de actividades preventivas.
      2. Educación y promoción de salud.
      3. *Atención al riesgo social en salud.*

2. Servicios de Salud Pública.

1. Vigilancia epidemiológica.

2. Servicios de seguridad alimentaria y salud ambiental.

4. Otros servicios.

1. Docencia prestada en atención primaria.

2. Otros servicios prestados en dispositivos de apoyo.

En esta Cartera de Servicios vienen identificadas las funciones y competencias de los profesionales que intervienen en la atención a la población, tanto en consulta como en domicilio (Tabla 16).

**Tabla 16. Cartera de servicios de los profesionales de AP en el SAS.**

Profesional	Cartera de Servicios en AP
Medico/a Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia programada, a demanda y urgente.</li> <li>- Atención en consulta y domicilio.</li> </ul> <p>Incluye actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, además de promoción de la salud, educación para la salud y medidas de carácter preventivo de salud.</p> <p>Atención urgente no demorable</p>
Enfermera Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia programada, a demanda y urgente.</li> <li>- Atención en consulta y domicilio.</li> </ul> <p>Seguimiento de procesos agudos y crónicos, además de promoción de la salud, educación para la salud y medidas de carácter preventivo de salud</p> <p>Atención urgente no demorable</p>
Enfermera Gestora Casos	<p>Valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona</p> <p>Información específica sobre las necesidades de la ciudadanía, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados</p> <p>Intervenciones.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Captación activa de la población diana por parte de los y las profesionales.</li> <li>- Realización de una valoración integral de la persona y la persona cuidadora familiar.</li> <li>- Coordinación de cuidados complejos.</li> <li>- Coordinación entre el Equipo de AP y los servicios sociales.</li> <li>- Coordinación entre el Equipo de AP y recursos comunitarios.</li> <li>- Coordinación entre el Equipo de AP y los diferentes niveles de atención del SSPA.</li> <li>- Coordinación con otros organismos, entidades y profesionales para garantizar la atención integral.</li> <li>- Gestión proactiva de problemas crónicos de salud.</li> <li>- Intervenciones de gestión de cuidados al final de la vida</li> </ul> <p>Población diana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas con déficit de autocuidados/autonomía con ausencia de apoyo o apoyo inadecuado en su entorno.</li> <li>- Personas que por su situación clínico-social necesitan de múltiples y necesarias coordinaciones e intervenciones multidisciplinarias.</li> </ul>
Trabajador/a Social	<p>Colaborar en el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promoviendo la organización de la población en defensa de aquella, velando por la personalización y el respeto a la libertad y autodeterminación de la ciudadanía en relación con la salud, teniendo sus acciones un carácter preferentemente preventivo y educativo.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis continuado de las necesidades, demandas y expectativas de la población atendida.</li> <li>- Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población:.</li> <li>- Promover el trabajo en equipo e intersectorial:</li> <li>- Elaboración de protocolos de intervención.:</li> <li>- La promoción de redes sociales de apoyo a los objetivos propuestos.</li> <li>- Detectar las causas psicosociales y económicas de los síntomas de la enfermedad, realizando un tratamiento social individual o familiar.</li> <li>- Derivaciones a otros profesionales sanitarios y/o sociales.</li> </ul> <p>Población diana</p>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales de las UGC.</li> <li>- Población de cada CAP.</li> </ul> |
|--|---|

Elaboración propia. y Fuente: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria>

*Medicina y Enfermería de Familia:* presta atención a la demanda, atención programada y atención urgente, tanto en consulta como en domicilio y entre sus intervenciones están las relacionadas con actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, además de promoción de la salud, educación para la salud y medidas de carácter preventivo de salud, más la atención a urgencias no demorables.

*Enfermería Gestora de Casos:* valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona. Entre sus objetivos están los de obtener información específica sobre las necesidades de la ciudadanía, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados. Como población diana tiene a personas con déficit de autocuidados/autonomía, y con ausencia de apoyo o apoyo inadecuado en su entorno.

*Trabajo Social:* está enfocada a atender a personas con déficit de autocuidados/autonomía con ausencia de apoyo, o apoyo inadecuado en su entorno, y a personas que, por su situación clínico-social, necesitan de múltiples y necesarias coordinaciones e intervenciones multidisciplinarias. Entre los objetivos a los que da respuesta se hayan los de ofertar atención sociosanitaria, en consulta y a demanda tanto a los miembros de la Unidad de Gestión clínica como a la población, detectar las causas psicosociales y económicas de los síntomas de la enfermedad, informar y orientar sobre recursos sanitarios y sociales, derivar a otros profesionales sanitarios y/o sociales. La población diana que atiende es a los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica y a la población de cada centro de AP.

Por su parte, el Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (DSCG) cuenta con 20 ZBS distribuidas en 13 centros de salud en la ciudad (Distrito Córdoba) y 7 en zona rural (Distrito Guadalquivir). Estos están ubicados en diferentes zonas de la ciudad, cada una con un

determinado perfil de población. De esta manera, encontramos centros ubicados en zonas de transformación social, zonas de población más joven, zonas con recursos socioeconómicos y culturales diferentes, zonas con amplia dispersión geográfica y zonas rurales que pertenecen a centros urbanos, existiendo mucha variabilidad en la población atendida.

Cada ZBS abarca diferentes núcleos de población, con dispersión geográfica entre unos y otros y con las características propias de cada uno de esos municipios.

## **CAPÍTULO VII. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.**

En este capítulo se realiza una justificación de la necesidad y pertinencia de la coordinación social y sanitaria —como se insta, desde la OMS, a que se trabaje en la misma—. Se hace una relación de iniciativas publicadas en relación a ésta y de los esfuerzos para conseguirla.

La coordinación sanitaria pretende la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora de los servicios sociales cuyo fin último es la optimización de recursos y el llegar a la población que lo necesite, siendo un “escenario de realidad compartida” (Contel Segura, 2002).

Si bien existen experiencias internacionales en materia de coordinación sociosanitaria en la que se lleva tiempo trabajando —que apuestan por un enfoque integral en la atención—, aun es un asunto pendiente a nivel global. Entre algunas experiencias internacionales se mencionan las que siguen (Imsero, 2023b):

- En Estados Unidos, con el programa PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) (Medicaid, 2023), que se centra en la atención integral a personas mayores de 55 años que se encuentren en situación de vulnerabilidad. Está formado por equipos multidisciplinares (médicas/os, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.), que son responsables del 100% de los servicios que los usuarios requieren (atención médica primaria y especializada, enfermería, servicios sociales, terapia ocupacional, terapia física, terapia del lenguaje, ocio, farmacia, atención domiciliaria, etc.). La planificación de la atención se realiza conjuntamente con el usuario y su familia.
- En Canadá, con el modelo SIPA (Services Intégrés pour Personnes Agées) (Béland et al., 2008), enfocado a las personas mayores frágiles que residen en sus domicilios con los siguientes requisitos específicos: ser mayor de 65 años y con algún problema de discapacidad. Se basa en la coordinación y la gestión de casos, y es asumido por profesionales de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional (junto a la

- participación de equipos multidisciplinares). El modelo ha evidenciado resultados relativos a la reducción de recursos sanitarios.
- También en Canadá, el modelo PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) (MacAdam, 2015), que promueve la coordinación de las organizaciones sanitarias y sociales que prestan cuidados a las personas mayores. La condición para acceder al programa es ser mayor de 65 años, presentar una dependencia moderada o severa (con una SMAF  $\geq 87$  —la escala SMAF o Sistema de Medida de la Autonomía Funcional, puntúa del 0 al 100, va desde total independencia a total dependencia con 100—), necesitar de dos o más servicios de atención sanitaria o social y que sea factible su estancia en el domicilio. Su objetivo principal es la coordinación en todos los niveles de la organización, con una entrada única al sistema. La figura del gestor de casos es la evaluadora. Esta, además, planificará, organizará y liderará al equipo multidisciplinar. El modelo consta de un plan de servicios individualizado y diseñado por el gestor, un único instrumento de valoración (el SMAF) y un sistema informático donde se puede consultar la situación sanitaria y social. (Libro Blanco estrategia, Smaf)
  - En Suecia, con el proyecto LEV (Long-Term Demand for Welfare Services: HealthCare and Care of the Elderly up to 2050) (Government Offices of Sweden, 2010) promovido por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales sueco. Los resultados obtenidos han mostrado que la combinación de medidas como mejorar la salud y capacidad funcional para reducir la necesidad de cuidados sanitarios y sociales, mejorar la accesibilidad y las ayudas técnicas, e impulsar el desarrollo y la investigación en este campo, podrían llegar a satisfacer las crecientes necesidades de las personas mayores. (libro blanco estrategia)
  - En Reino Unido, algunas de las iniciativas pasan por un nuevo nivel intermedio de servicios de cuidado (*Intermediate Care*) o la creación de las asociaciones de cuidados (*Care Trusts*) que se encargan de prestar servicios sociales y sanitarios conjuntamente,

desarrollar procedimientos únicos de evaluación y valoración (*Single Assessment Process*) y aportar estímulos económicos que incentiven la colaboración interdisciplinar. Una apuesta para ello es el *modelo Kaiser* de atención al enfermo crónico (Parry, 2011).

- En Francia, se han creado los llamados CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination) (Pierry, 2018) como mecanismos de coordinación. Estos organismos dirigen y coordinan toda una red profesional, apostando por una mayor cultura de la coordinación, además de por la promoción de una interconexión gerontológica territorial que haga posible la implicación de todos los actores e instituciones que intervienen en la gestión local del modelo. De entre todas las experiencias, y como patrones comunes, se identifican algunas claves que facilitan esta coordinación sociosanitaria:

- Las competencias de los servicios sanitarios y sociales.
- El mecanismo de coordinación.
- La figura del gestor de casos.
- El enfoque del modelo centrado en la persona.
- Los protocolos de organización de la actuación de los profesionales.
- El trabajo de equipo multidisciplinar.
- El soporte al cuidador familiar.
- Los mecanismos de financiación.

España, se cuenta con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003, donde se contempla la necesidad de una “*búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria*”. Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. El objetivo común es garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. De esta manera, la ley establece los siguientes derechos:

1. *A la Equidad*, en línea con el desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, posibilitando la libre circulación de todos los ciudadanos. (ley de cohesión)
2. *A la Calidad*, conjugando la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, y orientando los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparezcan. La gestión de esta calidad evaluará el beneficio de las actuaciones clínicas, incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema. (ley de cohesión)
3. *A la Participación ciudadana*, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, para terminar permitiendo el intercambio de conocimientos y experiencias. (ley de cohesión)

El artículo 12 de esta ley establece que la AP es:

*“El nivel básico e inicial de atención al paciente, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia sanitaria se presta a demanda ya sea, programada o urgente y tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo”.*

Por otra parte, en su artículo 14 establece que la atención sociosanitaria comprende:

*“El conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de*

*los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.”*

Pertenecen a este grupo la prestación que se presta a los siguientes procesos:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Siguiendo en España, el Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, 2009, con el objetivo de lograr la cohesión de ambos ministerios. En este se especifica:

*“Corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, [...] para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud. Asimismo, le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de cohesión e inclusión social, de familias, de protección del menor y atención a las personas dependientes o con discapacidad”.*

Gracias a este decreto, y en relación a la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, se constituyen, entre otras funciones:

- El desarrollo la red de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud y de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y sanitaria.
- El establecimiento y gestión de los sistemas de información del Ministerio de Sanidad y Política Social dirigidos a los ciudadanos.

Otro hito en cuanto a la coordinación sanitaria en España, se produce en 2010, cuando se publica el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria* (Imsero, 2023b), en el cual se indica cómo la atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base del Sistema Nacional

de Salud y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Este trabajo constituye “el primer intento de sistematización resumiendo las experiencias que, sobre la materia, se están realizando por las distintas administraciones públicas.” El documento consta de dos partes diferenciadas. La primera se dedica a analizar el estado de la coordinación sociosanitaria que se realiza en todas y cada una de las CCAA, mientras la segunda contiene un conjunto de medidas concretas que podrían llevarse a efecto para poner en práctica dicha coordinación en nuestro país. El libro —que contiene 63 medidas agrupadas en propuestas de innovación organizativa, de innovación asistencial y de innovación tecnológica— nace como respuesta a:

*“El progresivo envejecimiento de la población; la enfermedad crónica; la atención a la dependencia; la crisis económica y el gasto de los sistemas sanitario y social; el contexto estratégico, normativo y programático; y otras aproximaciones conceptuales y terminológicas, como la atención sociosanitaria, la atención integral, la atención integrada y atención global, el espacio sociosanitario, el centro sociosanitario, la red sociosanitaria, el paciente sociosanitario y la coordinación sociosanitaria.” Libro de coordinación sociosanitaria).*

En Andalucía, han sido varios los intentos de coordinación y, en la actualidad, se ha llegado a publicar la *Estrategia andaluza de coordinación sociosanitaria* (Junta de Andalucía, 2022a). Sin embargo, continúa siendo un tema pendiente. Se siguen detectando importantes necesidades de mejora en la coordinación entre el ámbito sanitario y social (Grande-Gascón & González-López, 2017).

### **OBJETIVOS**

- Identificar las barreras, dificultades y/o problemas relacionados con la atención a la salud de las personas ancianas en riesgo social desde el punto de vista de los profesionales de AP.
- Explorar cómo los profesionales de AP gestionan estos problemas.
- Explorar las respuestas alternativas y propuestas de los profesionales a dichos problemas.

## METODOLOGÍA

### DISEÑO

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico e interpretativo, centrado en las experiencias de los profesionales, su propia visión del fenómeno (atención de la persona mayor en riesgo), y buscando una mejor comprensión del *qué y el porqué* del mismo a través del análisis de la intersubjetividad (Burns & Peacock, 2019).

Al abordar la experiencia de la atención desde diferentes perspectivas, y dar la oportunidad a los profesionales que la ejercen de expresar su visión a través del lenguaje, se logran conocer e interpretar los significados asociados a la atención y, de esta manera, comprender (con toda su complejidad) sus creencias, emociones y conductas. Por otro lado (y en contraste con la investigación cuantitativa), con un mínimo de participantes se logra obtener una información mucho más abundante, profunda e integral —cualidades, todas, necesarias para el abordaje de la temática del presente estudio (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002).

Según Albornoz, (2021) este desarrollo metodológico de la fenomenología hermenéutica trata de *comprender al ente investigado “La comprensión del sentido vivencial de la vida se enmarca en un horizonte interpretativo”* Comprender e interpretar o fenomenología interpretativa, busca entender el significado del ser y como el mundo es inteligible para ellos (Heidegger, 1988).

Por último, también cabe señalar la amplia utilización de este diseño fenomenológico interpretativo dentro de la disciplina enfermera, al ocuparse de la comprensión e interpretación de las particularidades de los cuidados y sus experiencias derivadas (Corcoran & Cook, 2022)

### ÁMBITO

El ámbito de este estudio se enmarca en la Atención Primaria de Salud (AP) del Sistema Andaluz de Salud (SAS) Los **servicios de atención primaria** de salud están organizados en Andalucía en Distritos sanitarios que integran demarcaciones territoriales denominadas Zonas

Básicas de Salud (ZBS) En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria a la ciudadanía (Servicio Andaluz de Salud, 2006).

El Distrito Sanitario en el que se ha realizado este estudio es el llamado “Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir” (DSCG) (Servicio Andaluz de Salud., 2019). Entre ambos distritos se atiende a 461.078 habitantes, en zonas urbana y rural.

Este Distrito se compone de dos zonas básicas:

- Distrito Córdoba: Conforman una sola zona básica con 13 centros de salud en la capital y 8 consultorios en la zona periurbana. Dispone de 193 profesionales de medicina de familia, 193 profesionales de enfermería de familia, 13 enfermeras gestoras de casos y 7 trabajadoras sociales. Atiende a una población de 315.910 personas. La tasa de envejecimiento era de 119,73 ( $\text{pob} >65 / \text{pob} < 15$ ) y un índice de dependencia un 49,23 ( $\text{pob} >65 + < 15 / \text{pob} 15 - 65$ )
- Distrito Guadalquivir, está constituido por 7 Centros de Salud cabeceras y 27 Consultorios. Los centros de salud son: Montoro (1 centro de salud y 4 consultorios), Palma del Río (1 centro de salud y 1 consultorio), Fuente Palmera (1 centro de salud y 4 consultorios), Posadas (1 centro de salud y 4 consultorios), La Carlota (1 centro de salud y 4 consultorios), Bujalance (1 centro de salud y 5 consultorios), La Sierra (1 centro de salud y 2 consultorios) Dispone de 86 profesionales de medicina de familia, y 86 profesionales de enfermería de familia, 7 enfermeras gestoras de casos y 6 trabajadoras sociales. Atiende a una población de 121.973 habitantes La tasa de envejecimiento según sistema de información del Distrito (año 2019) era de 121,25 ( $\text{pob} >65 / \text{pob} < 15$ ) y un índice de dependencia de un 50,72 ( $\text{pob} >65 + < 15 / \text{pob} 15 - 65$ )

## **SUJETOS DE ESTUDIO**

Se realizó un muestreo intencionado con estrategia de intensidad y bola de nieve (Berenguera et al., 2014). Los criterios de inclusión fueron:

- Profesionales que trabajaban en Atención Primaria en del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (DSCG)
- Que tuvieran experiencia de al menos de >3 años en la atención a personas mayores en riesgo. Este mínimo de tres años se basó en Hill (2010), que sugirió que se necesitaban de dos a cinco años de experiencia de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados (Hill 2010)
- En los roles de MF, EF, EGC y TS. Además, se tuvo en cuenta, como criterio de variabilidad interna, que la selección de participantes se acercara lo más posible a las diferentes realidades en las que vive el mayor, como pueden ser: vivir en zona urbana, vivir zona rural, vivir en diferentes zonas de la ciudad con diferencias a nivel social, económicas y culturales, para que hubiera una representación lo más heterogénea posible.

En el estudio se ha explicitado la codificación al perfil profesional con el objetivo de mantener la anonimización de los participantes, quedando de la siguiente manera:

El grupo urbano se ha codificado con “GU”, el grupo rural con “GR”, el grupo de enfermeras gestoras de casos con el GGC. Por otro lado, se ha identificado a los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social con la primera inicial (M, E y T) y en el caso de gestión de casos con GC. La numeración ha seguido el orden de participación en el caso de los grupos y por orden en la realización de la entrevista, por profesional.

## **RECLUTAMIENTO**

La selección de los participantes fue realizada por la autora de esta tesis a través de llamada telefónica. Muchos eran conocidos por la doctoranda con anterioridad. En algunos casos (que se señalarán en los resultados), los participantes fueron captados/reclutados a través de otros compañeros que los identificaban como referentes (estos terminaron de formar parte de las entrevistas grupales).

## RECOGIDA DE DATOS

La recogida de información se realizó entre septiembre 2019 y marzo 2020. Se utilizaron las entrevistas en profundidad y semiestructuradas individuales, como herramientas principales y, como secundaria, el grupo focal. En total, se realizaron 11 entrevistas individuales y 3 grupos focales.

Con el objetivo de pilotar las entrevistas (para revisar y completar, con ello, el guion de entrevista inicial), se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a profesionales referentes (a una EF y a un MF). Posteriormente, se convocaron dos grupos multidisciplinares (MF, EF, TS, EGC). Tras la realización de estos dos grupos y previo análisis, se comprobó qué perfiles profesionales aportaban más información para realizar un tercer grupo focal limitado a estos.

Se adjuntan las Tablas resumen 17, 18 y 19 sobre la técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron

**Tabla 17. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Grupos multidisciplinares).**

RECOGIDA DATOS	Codificación	DURACIÓN	LUGAR	Fecha recogida de datos
Grupo Focal Distrito Córdoba (Grupo Urbano)	GUM1, GUM2, GUE1, GUE2, GUT1, GUT2, GUGC1, GUGC2	1h 10'	Centro de salud	Septiembre 19
Grupo Focal Distrito Guadalquivir (Grupo Rural)	GRM1, GRM2, GRE1, GRE2, GRT1, GRT2, GRGC1, GRGC2	1h 23'	Distrito Sanitario	Octubre 19

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 18. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Grupo de enfermeras gestoras de casos)**

RECOGIDA DATOS	CODIFICACIÓN	DURACIÓN	LUGAR	Fecha recogida de datos
Grupo EGC (6 partic)	GGC1, GGC2, GGC3, GGC4, GGC5, GGC6	1h 27'	Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba	Enero 2020

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 19. Técnica de recogida de datos y perfiles profesionales, duración de los grupos y entrevistas y lugares en los que se realizaron (Entrevistas individuales).**

Codificación	Distrito	Tiempo	Lugar*	Fecha
<b>M1</b>	Distrito Córdoba	45'	Su consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>E1</b>	Distrito Córdoba	48'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC1</b>	Distrito Córdoba	47'	Su consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC2</b>	Distrito Córdoba	42'	Su consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC3</b>	Distrito Córdoba	49'	Su consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC4</b>	Distrito Guadalquivir	52'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC5</b>	Distrito Guadalquivir	56'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>GC6</b>	Distrito Guadalquivir	47'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>T1</b>	Distrito Guadalquivir	37'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>T2</b>	Distrito Córdoba	59'	Mi consulta	Septiembre 2019/ Marzo 2020
<b>T3</b>	Distrito Córdoba	1h 16'	Su domicilio	Septiembre 2019/ Marzo 2020

(\*) Referencia: consulta de la doctoranda o del profesional

Las entrevistas individuales fueron realizadas por la doctoranda mientras que las dos primeras grupales fueron dirigidas por un moderador y un observador, ambos con nutrida

experiencia y con el criterio de aportar una perspectiva *etic* al fenómeno. No obstante, para no abandonar la perspectiva *emic*, el tercer grupo fue dirigido por la propia doctoranda.

Las entrevistas individuales se concertaron en un lugar, día y hora acorde a las preferencias de los participantes. Los dos primeros grupos focales se realizaron en diferentes entornos (sala de reuniones del distrito sanitario y en uno de sus CS, respectivamente) intentando que fueran lo más neutrales posibles y que los participantes se sintieran cómodos. El tercer grupo focal se realizó en un aula de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. En cuanto al momento, se consideró hacerlo en horario de trabajo, previa autorización del distrito, con el objetivo de facilitar la participación.

Se utilizó un primer guion de entrevista, basado en los objetivos del estudio (Tabla 20). Este guion inicial se aplicó a los dos primeros informantes, posteriormente, tras la 2ª entrevista, y al observarlo como tema emergente, se incluyó en el resto de entrevistas una pregunta adicional, fruto de esta categoría emergente en el análisis: “¿Cómo te afecta a nivel emocional?”.

**Tabla 20. Guion de entrevista.**

<b>Identificación/ Perfil del anciano atendido</b>
Tipo de pacientes que atiendes relacionados con la definición de anciano en riesgo.
Condiciones + Acción + Consecuencias
<b>Tipo de barreras que encuentras en la atención al anciano en riesgo</b>
<b>Respuesta institucional a los problemas que se presentan</b>
<b>Como se han resuelto los problemas de estos pacientes</b>
<b>Porqué crees que pasan estas situaciones</b>
Que alternativas o soluciones crees que pueden ayudar a resolver estas situaciones, problemas de salud o que puedan mejorar el bienestar de estas personas.
¿Cómo te afecta esto a nivel emocional?
Algo que quieras añadir
Despedida/ Agradecimiento.

Fuente: Elaboración propia

El trabajo de campo finalizó al alcanzar la saturación de la información recogida, y esta sólo se produjo una vez que se consideró que los datos no decían nada nuevo o relevante sobre

el fenómeno estudiado (Martínez-Salgado, 2012). Se tuvieron en cuenta, además, los datos recogidos en los cuadernos de campo, tanto de la doctoranda como de los observadores en los tres grupos focales.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas en su totalidad y transcritas en verbatim. Las transcripciones fueron realizadas por una profesional enfermera, cercana a la investigadora principal y formada para tal labor. Las grabaciones fueron archivadas en una carpeta digital de la aplicación Onedrive profesional (facilitada por la Universidad de Córdoba) y custodiadas por la doctoranda.

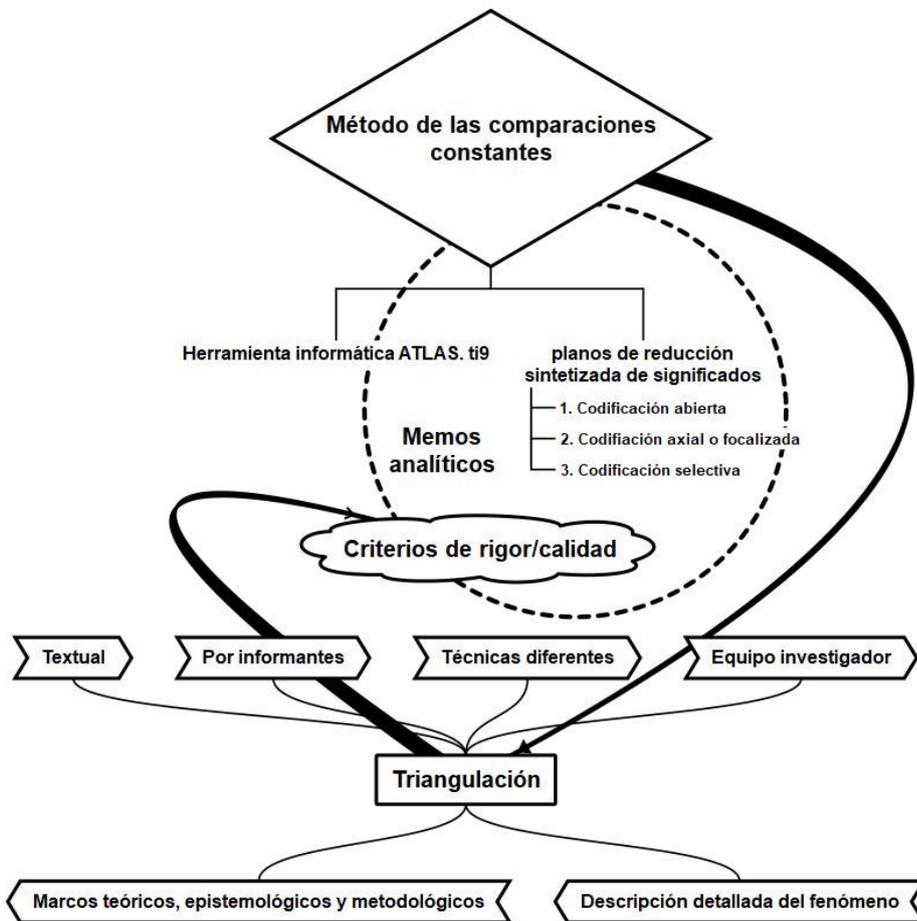
## **ANÁLISIS**

Se realizó un análisis de contenido paralelo a la recogida de datos, y siguiendo el Método de las Comparaciones Constantes, según Glaser et al. (1968). Se utilizó como apoyo el software ATLAS.ti9.

Pese a su relación y asociación de inicio con otras perspectivas distintas —aunque pertenecientes a la investigación cualitativa (principalmente, la teoría fundamentada)—, atendiendo a Charmaz (2014) su empleo es legítimo y pertinente cuando se pone el foco en el análisis de las experiencias intersubjetivas propio de la fenomenología interpretativa.

El análisis se estructuró en tres planos de reducción sintetizada de significados implícitos y explícitos del corpus: 1) codificación abierta, 2) axial o focalizada y 3) selectiva. Así mismo, se elaboraron memos analíticos con el objeto de hacer crecer y pulir el árbol categorial. Además, se ha realizado un análisis sintáctico, semántico y pragmático a partir de la transcripción literal de los discursos (Figura 16).

Figura 16. Método analítico



Fuente: Elaboración propia

### CALIDAD Y RIGOR

Cada una de las categorías de este árbol se contrastó con los verbatim del corpus de datos para su validación. Por otro lado, mientras se desarrollaban las distintas entrevistas, o justo al finalizar estas, se resumieron en el cuaderno de campo los inputs principales de los participantes. Por último, se triangularon los diferentes sujetos y los textos derivados de la transcripción de las entrevistas, las diferentes técnicas y miembros del equipo de investigación, se interpeló y dialogó de forma continua con los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos, y se realizó una descripción detallada del fenómeno estudiado, todo ello para contribuir a la satisfacción de los criterios de rigor y calidad del estudio. Tras el análisis final y

descripción de categorías se les pasó a todos los participantes los resultados categorizados y se confirmó con ellos el grado de concordancia con sus aportaciones.

A continuación, se recogen los criterios de rigor y calidad seguidos en el proceso de investigación en la Tabla 21.

**Tabla 21. Criterios de rigor y calidad (Calderón, 2002).**

Criterio	Descripción
Adecuación teórica, epistemológica y metodológica	<p>El paradigma cualitativo permite un diseño abierto, flexible y cambiante. Dentro del mismo, la fenomenología interpretativa es de la mayor idoneidad si lo que se pretende es reconocer la experiencia de los profesionales de la salud y de los servicios sociales, en este caso en relación a la atención al mayor en riesgo social. Esta perspectiva pone de relieve la implicación del equipo de investigación en lo que están observando, además de su compromiso con la comprensión y mejora de los problemas atendidos.</p> <p>Un análisis hermenéutico facilita la transferibilidad del estudio a otros contextos diferentes del estudiado.</p>
Relevancia	<p>Dado el actual contexto sociosanitario en el que se desenvuelven los profesionales de AP — marcado por las complejas circunstancias vitales de las personas mayores en situación de riesgo social, y las profundas limitaciones y presiones derivadas de la precariedad (o precarización) de los sistemas de salud y servicios sociales—, el equipo de investigación juzga como necesaria y pertinente la presente indagación en sus experiencias. Las conclusiones derivadas facilitarán la comprensión del fenómeno estudiado a clínicos, organizaciones e instituciones gubernamentales para ayudar a la mejora de los cuidados y la atención sociosanitaria de los mayores.</p> <p>La pertinencia y novedad de las aportaciones de la investigación para la comprensión del fenómeno a estudio y sus repercusiones en los agentes involucrados (Calderon 2009) y por transferibilidad."</p>
Validez	<p>La triangulación realizada durante el desarrollo de la tesis tuvo diferentes modalidades. Estas son listadas a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Textos.</li> <li>- Participantes.</li> <li>- Técnicas.</li> <li>- Equipo de investigación.</li> <li>- Marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos.</li> </ul> <p>Para garantizar la transferibilidad (o grado de aplicabilidad de los resultados a otros contextos, situaciones y participantes), el equipo de investigación proporcionó una descripción detallada del entorno del estudio</p>

Durante el análisis, la autora contó con la colaboración de un co-autor que hizo un análisis paralelo de la primera entrevista. Además, tras finalizar cada nivel, ambos consensuaron sus decisiones y las compartieron con los dos co-autores restantes. Finalmente, después del tercer nivel, también lo compartieron con las personas participantes. No obstante, el arco hermenéutico del tercer nivel de análisis se completaría, en un primer momento, con la elaboración del marco explicatorio de resultados definitivo (también consensuado) y, en un segundo, con la discusión de los hallazgos del estudio.

#### Reflexividad

La doctoranda ejerce el rol, desde hace 19 años, de EGC en el entorno sanitario del estudio, trabajando directamente con profesionales como los entrevistados, a los que conoce personalmente, en su mayoría, de forma previa. Esta perspectiva emic conlleva, a priori, el compartir experiencias y significados vinculados a su desempeño. Para que garantizar la riqueza de significados generada por la intersubjetividad y evitar sesgos, la autora llevó a cabo un proceso de autohermenéutica que reflejaría, periódicamente, en su diario de investigación y que compartiría con el equipo de investigación que garantizar la riqueza de significados generada por la intersubjetividad

Por otra parte, todos los participantes, se sentían especialmente motivadas y sensibles al tema de estudio —concretamente, en el fenómeno de la atención al mayor en riesgo, problemas y consecuencias de la misma—, incentivadas por la necesidad de compartir experiencias y esperanzas en que, a través de la investigación de la que formaban parte, pudieran contribuir a la mejora de la atención y cuidados.

---

Fuente: Elaboración propia.

## ASPECTOS ÉTICOS

Previamente al inicio de cada entrevista, los participantes fueron informados del objetivo de estudio de forma verbal y escrita, y firmaron el consentimiento informado. Todos dieron consentimiento para la audiograbación de las entrevistas (anexo 1).

Como ha sido descrito, se codificó de forma numérica y nominal a cada uno de los informantes, garantizando así su anonimato y confidencialidad. También se garantizó, en la transcripción, con la eliminación de nombres o datos que pudieran identificar al informante.

El tratamiento de los datos siguió las consideraciones de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en lo referente al uso de datos personales con fines de investigación en salud. Todas las grabaciones y transcripciones se encuentran custodiadas por doctoranda. El estudio se adhirió a las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki (The World Medical Association, 2021).

El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Provincia de Córdoba provincial (Córdoba) (anexo 2), y contó con la autorización del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (anexo 3).

Por último, afirmar que la presente tesis no tiene ningún conflicto de interés.

## RESULTADOS

### PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO

En total han sido 33 los profesionales que han participado, 11 lo hicieron en entrevistas profundas y 22 en grupos focales (dos grupos multidisciplinares y uno de enfermeras gestoras de casos). El perfil profesional ha sido: 5 profesionales de medicina de familia, 21 de enfermería (5 enfermeras de familia y 16 gestoras de casos) y 7 trabajadoras sociales (Tabla 22).

**Tabla 22. Perfil de los participantes**

	Sexo	Disciplina	Recogida datos	Ambito
1	M	EF	Entrevista	Urbano
2	H	MF	Entrevista	Urbano
3	M	T. social	G. Focal 1	Urbano
4	M	T. social	G. Focal 1	Urbano
5	H	MF	G. Focal 1	Urbano
6	M	MF	G. Focal 1	Urbano
7	M	EF	G. Focal 1	Urbano
8	M	EF	G. Focal 1	Urbano
9	M	EGC	G. Focal 1	Urbano
10	M	EGC	G. Focal 1	Urbano
11	M	T. Social	G. Focal 2	Rural
12	H	T. social	G. Focal 2	Rural
13	M	MF	G. Focal 2	Rural
14	M	MF	G. Focal 2	Rural
15	M	EF	G. Focal 2	Rural
16	H	EF	G. Focal 2	Rural
17	H	EGC	G. Focal 2	Rural
18	H	EGC	G. Focal 2	Rural
19	H	EGC	G. Focal 3	Rural
20	M	EGC	G. Focal 3	Rural
21	M	EGC	G. Focal 3	Urbano
22	M	EGC	G. Focal 3	Urbano
23	M	EGC	G. Focal 3	Urbano
24	H	EGC	G. Focal 3	Rural
25	M	EGC	Entrevista	Rural
26	M	EGC	Entrevista	Rural
27	M	EGC	Entrevista	Urbano
28	M	EGC	Entrevista	Urbano
29	H	EGC	Entrevista	Rural

30	M	TS	Entrevista	Rural
31	M	TS	Entrevista	Urbano
32	M	TS	Entrevista	Rural
33	M	TS	Entrevista	Urbano

Fuente: Elaboración propia.

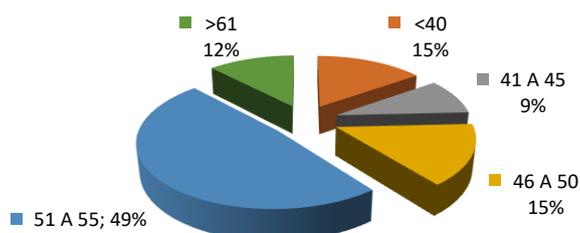
En el caso de la/os trabajadores sociales, solo se realizaron entrevistas de forma individual ya que el número de profesionales de los distritos no era suficiente para realizar un grupo con ella/os (en ese momento faltaban algunas profesionales por estar de baja).

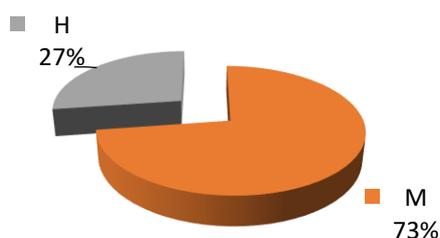
En el caso de dos médicos y una enfermera, que participaron en estos grupos, intervinieron las direcciones de los centros de salud por la disponibilidad de estos profesionales. En el momento de llevar a cabo uno de los grupos faltó una de las médicas convocadas debido a un problema de agenda (no había podido terminar su consulta) Se improvisó la participación de otra medica disponible en este momento y que aceptó participar

Todos los participantes estaban interesados en “contar” el tema, les pareció interesante. Todos los participantes mostraron interés, de manera explícita y vehemente, por colaborar en el estudio compartiendo su experiencia

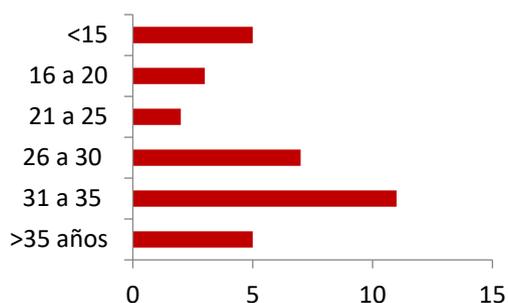
Respecto a las características personales de los participantes, son profesionales con mucha experiencia en AP y en relación con la atención al mayor. En relación con la edad, un 12% tienen >61 años, casi la mitad de los participantes tiene entre 51 y 55 años (49%), el 15% tienen entre 48 y 50 años (Figura 17), el 9% tienen entre 41 y 45 años y un 15% tiene menos de 40 años. La mayoría son mujeres (Figura 18).

**Figura 17. Edad de los participantes**



**Figura 18. Distribución por sexo**

En cuanto a la experiencia laboral, hay un porcentaje elevado que tienen entre 31 a 35 años, seguido de 26 a 30 años, y de > 35 años. Un porcentaje menor lleva menos de 15 años. Son, por tanto, profesionales con amplia experiencia profesional en AP (Figura 19).

**Figura 19. Tiempo de trabajo en AP**

### ÁRBOL CATEGORIAL DE LOS RESULTADOS

A continuación, se expone, de forma esquemática, la tabla de codificación, con categorías y subcategorías identificadas, así como otros temas emergentes que han surgido en los discursos (Tabla 23).

**Tabla 23. Tabla de categorización general de resultados**

<b><i>DIMENSIÓN DEL PROBLEMA Y DIFICULTADES.</i></b>	
<b>BARRERAS</b>	
1. Barreras del mayor	1. La situación de salud de la persona mayor. 2. Una visión distorsionada de su salud 3. Los problemas de vivienda y del entorno. 4. Los recursos económicos

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. El patrón de convivencia: vivir solo</li> <li>6. La familia y redes de apoyo</li> <li>7. Situaciones de maltrato en la persona mayor</li> <li>8. La evitación de responsabilidad y su traslación al Sistema</li> <li>9. El apoyo formal</li> </ol>
2. Barreras del Sistema	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemas en la organización del sistema <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. La sobrecarga del sistema, organización y tiempos</li> <li>1.2. Una atención basada en la demanda, con un problema importante, la captación reactiva</li> <li>1.3. Al final, el problema social termina en demanda sanitaria</li> </ol> </li> <li>2. La falta de recursos institucionales (escasos, no llegan a tiempo, no hay respuestas rápidas ni en casos urgentes, solo en los casos de maltrato / violencia de género)</li> <li>3. La falta de coordinación institucional (dentro del equipo, con otros niveles y con otras instituciones)</li> <li>4. El exceso de burocracia (informes repetidos derivados de las demoras)</li> </ol>
3. Barreras Profesionales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paternalismo y otras actitudes profesionales</li> <li>2. El desconocimiento de los recursos</li> <li>3. La falta de formación a la hora de gestionar los problemas que presentan las personas mayores en riesgo, y</li> <li>4. La falta de habilidades de comunicación con la persona mayor/ familia, o incluso entre el equipo.</li> </ol>

---

QUÉ HACEMOS/CÓMO GESTIONAN LOS PROFESIONALES LOS PROBLEMAS

---

1. Una captación reactiva
2. La valoración Integral
3. El “nudo inmaterial” que liga y resuelve la atención
4. Una Información y orientación “situada en el sistema” a profesionales, a la persona mayor, a la familia
  
5. La movilización de Recursos: la solicitud de la ley de dependencia
6. La Realización de informes
7. Seguimiento y Coordinación: “estar en pleno contacto, todos con todos”
8. Gestión de la inmediatez para problemas urgentes
9. Intervención Familiar, como recurso
10. “Buscarse la vida” recurriendo a otros recursos
11. Traspasar tus funciones

---

EMOCIONES: REPERCUSIÓN EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A LA PERSONA MAYOR EN RIESGO

---

ALTERNATIVAS

---

---

Promover el envejecimiento activo. Prevención

Desde los 40 o los 50 años, previniendo, desde la AP

Dilucidar y consensuar con ellos sus necesidades

Con el Whatsapp o lo que sea: alfabetización digital ya

Cuidar al que cuida

Para ello, contemplarlos como lo que son: un activo social

Reconocer al equipo de AP y trabajar desde él.

Mucha más presencia coordinada y multidisciplinar

Autocrítica: conciencia de la resistencia al cambio.

Consenso en el lenguaje, consenso en el cuidado.

Implicación: *conocerlos yendo a verlos*.

Formación y sesiones clínicas: *vernors para coordinarnos*.

Coordinarnos (inter)institucionalmente.

Para ello, primero hacen falta respuestas políticas

Coordinación con Servicios sociales y comunitarios

Profesionales de referencia

Disminuir burocracia, protocolizar y agilizar casos urgentes.

Porque es de justicia

Evitar la institucionalización

Institucionalizar como último recurso

Mejores residencias junto a otras alternativas

Disponer de mayores recursos.

Conocer recursos y hacer el seguimiento de las ayudas

Actualización y concreción de la Ley de Dependencia

Mayor presupuesto y refuerzo de medios.

Dotación de espacios para la coordinación.

Dotación para otros modelos residenciales

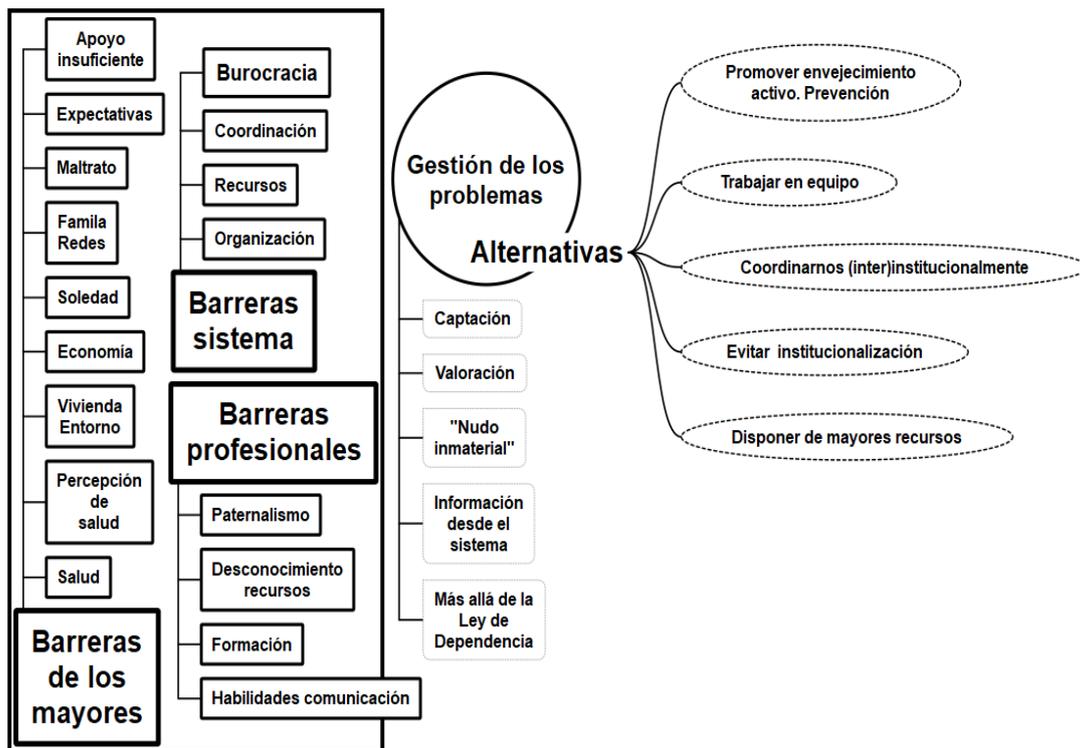
Educación social (y en lo social): el recurso de recursos.

---

## DEASARROLLO NARRATIVO DE LOS RESULTADOS

A continuación, se relatarán los resultados del estudio de forma narrativa. No obstante, previamente, resumiremos los mismos en la siguiente Figura 20 y posteriores.

Figura 20. Resumen gráfico global de resultados.



### ***Dimensión Y Complejidad Del Problema.***

Uno de los temas principales en los discursos de los profesionales participantes ha sido las **grandes dimensiones** y la **complejidad del problema**. Hay muchos mayores en esta situación.

La percepción que los profesionales tenían de la situación sociodemográfica en la que están inmersos es que la edad de la persona mayor que atienden es cada vez mayor, y que el incremento de la edad es una de las razones del incremento del número de mayores en riesgo social. Para ellos, es **una realidad apremiante en Atención Primaria**, porque es aquí donde se detectan estos problemas.

*GUT2 "Y la tasa de envejecimiento es brutal, una cosa es saber de que hay mucho envejecimiento poblacional, y otra cosa es saber los datos concretos, y en su día me manejé en los datos y yo dije... esto es una emergencia nacional madre mía..."*

*GC1 " Yo creo que hace unos años, por lo menos desde mi experiencia, ehh... iba a ver a esta gente en riesgo social que eran los que estaban entre 70, 80, 85, pero es que ahora me doy cuenta que es que a la gente que voy a ver que está más en riesgo social son mucho más mayores, están entre los 80 hasta los 100. Y hasta más de los 100"*

*E1 "Eso es primaria donde se detecta. Yo hasta que no me vine a primaria no sabía la cantidad de personas mayores que había viviendo solas. Yo no sabía tantísimas".*

Respecto a **la complejidad de atención** que requieren estos mayores, los profesionales señalaron que es una atención con muchos componentes, en la que hay que tener en cuenta no solo los problemas de salud e incapacidad de los mayores, sino también -y en muchos casos es un problema aun mayor que los propios problemas de salud- la falta de recursos y la falta de apoyos, tanto a nivel social como económicos, entre otros. La suma de todos ellos compone la situación de la que estamos hablando. Una situación compleja de abordar, pues, como decía GC3 "son tantas las variables que juegan con este tipo de pacientes que es difícil que funcione bien"

*GC3 "Fundamentalmente que no tienen un apoyo que les ayude. La principal barrera de todas es la enfermedad crónica que tienen, el manejo de esa enfermedad, y la capacidad que tiene ese paciente. Esa es la primera barrera que te vas a encontrar. Si es un paciente que es capaz, tiene mucho solucionado; si no es capaz, es la primera barrera que tiene. Si a esa incapacidad le sumas que no tiene un apoyo social, que no tiene un apoyo de cuidado, entonces tiene un problema importante. Y a eso le sumas que no tiene un apoyo económico ni un recurso social externo rápido que pueda decir, mira, esta persona no puede vivir sola y tenemos que hacer lo posible por buscarle un recurso, una residencia, y ese recurso le va a tardar un año en llegar, o me va a tardar 6 meses, no me están solucionando el problema ahora"*

*GC5 "Pues persona, generalmente mayores, de 80 años, algunos de menos años, pero con las características que te voy a decir: son personas en riesgo de dependencia o dependientes ya, que tienen falta de apoyo familiar o poco apoyo social o poco apoyo como si dijéramos de la*

*red de sus relaciones sociales de alrededor, que tienen problemas económicos, tienen barreras en su domicilio y en su entorno...”*

*GGC1 “Después es verdad que cada vez más mayores, con más problemas de salud añadidos, solos, mucha gente que vive sola, muy sola y... y bueno y con pocos recursos, que además no pueden tirar, no pueden ellos disponer de recursos económicos como para... para que estén acompañados o para sus autocuidados, para sus cosas.”*

*GUT1 “Es lo mismo, problemas físicos, clínicos, como sociales: acompañamiento, aislamiento, de manera que hay una serie de componentes que bueno, sociales... que bueno es el mayor problema que vemos; aislamiento... falta de recursos. Recursos de todo tipo, tanto económicos, cualquier cosa...”*

*GC3 “Ojalá tuviéramos una varita mágica. Como contamos con tantas variables que son la voluntad del propio paciente, la implicación de los familiares, la implicación de los profesionales tanto a nivel sanitario, social, como... Otra variable es la existencia de recursos... Entonces son tantas las variables que juegan con este tipo de pacientes que es difícil que funcione bien”*

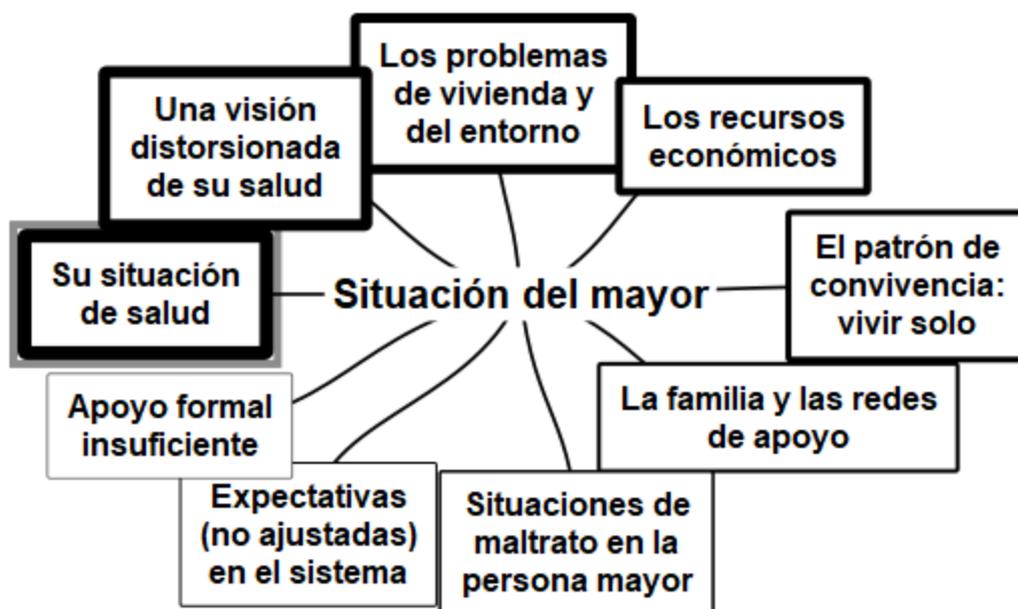
### ***Barreras Relacionadas Con La Atención A La Salud De Las Personas Mayores En Riesgo Social.***

#### **Barreras Relacionadas Con La Situación Del Mayor.**

La atención a la salud de las personas mayores en riesgo social, desde el punto de vista de los profesionales de AP, viene determinada por numerosas barreras. Un primer grupo de ellas tiene que ver con la situación del mayor.

Entre las barreras que tienen que ver con la situación de la persona mayor, los profesionales señalaron determinantes como la **edad**, los **problemas de salud** que presentan, la comorbilidad, la **visión distorsionada de su salud**, los **problemas de vivienda** y del entorno, **no tener recursos económicos** -o hacer mala gestión de estos-, **vivir solo/a**, **no tener apoyos** -o ser estos insuficientes-, **el maltrato**, unas **expectativas (no ajustadas) en el sistema**, un **apoyo formal insuficiente** y caro (Figura 21).

Figura 21. Resumen de las barreras relacionadas con la situación del mayor.



### 1. La situación de salud del mayor.

El mayor en riesgo tiene problemas de autocuidado, relacionados con su **edad** y los **problemas de salud** que presenta.

La edad, las patologías y las comorbilidades tienen una clara repercusión en la vida diaria y la seguridad de la persona mayor. Múltiples aspectos de ésta se afectan. Entre los principales problemas de autocuidados, destacan tres por su impacto en la calidad de vida y el bienestar de estas personas: los autocuidados para la alimentación, para el vestido y el aseo, y para el manejo de la medicación.

El primer grupo de autocuidados afectados son los que se relacionan con la **alimentación**. Los profesionales identificaron este problema y las situaciones que lo producen. Estas situaciones tienen que ver con las limitaciones propias de la edad, las dificultades derivadas de una situación de enfermedad, la falta de redes de apoyo, e incluso a la falta de recursos económicos. Por todo ello, muchas personas mayores no siguen dietas adecuadas a sus necesidades.

GRGC1 *“No sabéis, bueno si lo sabéis, como comen los pobres abuelos, quiere decir, que sin eso, hay abuelos que están malnutridos.”*

GC3 *“Les cuesta mucho hacer sus actividades de la vida diaria solos, con lo cual tienen una calidad de vida no muy buena, porque hacen una alimentación que no es buena, ya que no tienen fuerzas para comprar o cocinar”*

GUGC2 *“Tú sabes lo que es qué existan esos casos, el tema de la comida, a esos pacientes frágiles, a esos que por sí mismo, pues eso, que no pueden cocinar, por ejemplo, bien por dejadez, porque no tienen familia, porque sus familiares no estén, están trabajando.”*

GUM2 *“Gente con Parkinson que no le permite ni puede preparar o partir cosas y que viven solos...”*

GREGC2 *“Te encuentras gente que no puede cocinar, que comen latas... porque simplemente tienen un defecto visual, la pobrecito mío, pobrecita no ve bien y no ve bien encender el butano, entonces pues...”.*

GRE1 *“No comen bien, hay defectos visuales”*

Los profesionales también identificaron la necesidad de vigilancia o supervisión en relación con **el vestido o el aseo**. Las situaciones que desencadenan estos problemas de autonomía tienen que ver, como en el caso anterior, con las limitaciones propias de la edad, las situaciones de enfermedad, la falta de redes de apoyo y la falta de recursos económicos, pe. para la adaptación del baño de la vivienda.

GC5 *“Bueno, luego la falta de higiene porque no pueden ellos solos”*

GC3 *“Después de ver esta situación [...]de llegar a casa y encontrársela pues en unas circunstancias de higiene deplorables, en el suelo... Tiene su teleasistencia, tiene... Pero claro, una mujer de difícil manejo, con deterioro de la memoria ya incipiente y no hace un uso adecuado de esos poquitos recursos que tiene que es una teleasistencia”*

GC1 *“Que te llama la atención que esta con despiste que salen en invierno con ropa de verano o con algún trastorno de ese tipo”*

*UGC2 “Pues que te encuentras personas mayores que viven solas en casas mal acondicionadas y no tienes ningún familiar ni recurso al que acudir para ver la forma de ayudarlo en sus cuidados”*

*GC4 “Y con esas ausencias en el domicilio que es que es necesaria una supervisión ¿no?”*

El **manejo de la medicación** es el tercer pilar que se afecta en este tipo de situaciones. Nuevamente, los problemas de salud, con procesos crónicos y la falta de apoyos, hace que se produzcan, con más frecuencia de la deseada: olvidos, errores en la toma de medicación por envases parecidos o “colores” parecidos, etc. Muchos mayores están polimedicados y esto conlleva consecuencias y riesgos importantes en la salud de la persona mayor.

*GC3 “Un paciente que no puede tomar bien la medicación porque está solo con el tratamiento y por tanto aumenta la patología... Estamos todos ahí”*

*T2 “Personas invidentes que se tienen que preparar la medicación, diabéticos que se tienen que controlar el azúcar, que ni siguen dieta ni siguen pauta de alimentación ni su medicación, o sea, absolutamente nada”*

*T2 “Llegué a la casa y tenía la tensión en 18 y dices Dios mío de mi vida. Y te dice “nada, me senté aquí tranquila, me tomé una pastilla...” - Pero ¿cuál? Y hay muchas veces que no saben ni la pastilla que se están tomando”*

*GC2 “Nos encontramos a personas que no saben manejar su medicación, por ejemplo, eso es un determinante que marca su salud, porque el paciente tenga imposibilidad de manejarlo por su problema de salud, por su grado de dependencia, por deterioro cognitivo, por movilidad, en fin, por esas cosas”*

Junto a estos problemas para la gestión de la vida diaria, los mayores en riesgo social presentan otro tipo de situación preocupante: una mayor vulnerabilidad o **predisposición a sufrir eventos no deseados**, derivados de diferentes causas. El riesgo de caídas, o el de lesión,

entre otros, son frecuentes en esta población, y las repercusiones no solo tienen que ver con ellos mismos sino también con los demás.

*E1 “También tuve ocasión con una mujer muy mayor, muy mayor, muy mayor, tenía una mujer, que se llamaba Dolores, que vivía en un bajo [...], vivía sola, y que también tenía 90 años y vivía sola. Tenía una que le iba y le hacía las cosas, y le llevaba la comida, y que le dejaban la comida en el cacharrito, y se cayó y a partir de caerse, que no podía levantarse de la cama... No tenía hijos”*

*E1 “Hoy se ha caído... hoy se ha caído, ha caído con el codo. Esa mujer no puede hacer las cosas, porque no tiene más remedio, pero esa mujer, no estáaaa. Da pena de verla... agarrándose, agarrándose por los sitios, con el andador a todos los sitios que va, ehj... se ha caído hoy al ir a poner el ventilador”*

*T3 “Encima dice que cogía el coche todos los días, un hombre con 80 y tantos años, que iba a una parcelilla, ‘tengo una parcelilla por ahí, por no sé dónde, subiendo por la sierra para el Muriano...’. En aquellas casas, que aquello... Casi sale ardiendo, media casa quemada.”*

*E1 “Porque esa mujer en el invierno estaba sin ná, con una manta por encima. Porque esa mujer dormía en el sillón, y estaba todo el día en el sillón, y con mantas, porque los policías le hicieron que esa mujer no podía tener brasero. Eh? ¡Porque podía arder todo el edificio!”*

*T3 “Eso, pues un día, un brasero, que te duermes, una mala cabezada, pues prendes las enagüillas, en fin....”*

*T3 “Llevaba dos días sin comer, sin tomarse la medicación desde que le habían dado de alta, bueno, ni si quiera la había sacado de la farmacia”*

En todos estos casos de falta de autocuidados y de incremento del riesgo, los profesionales identificaban una barrera añadida para la intervención: **el nivel educativo**. Según los profesionales participantes, esto dificulta la orientación/recomendación.

*GRE1 “A nivel cultural, no es lo mismo trabajar con personas que no saben leer ni escribir, te limita muchísimo a la hora de trabajar con un nivel cultural diferentes, el tratamiento no es efectivo... la pastilla colorá”*

## **2. Una visión distorsionada de su salud (y sus capacidades).**

Los profesionales veían como un **determinante de riesgo social añadido** aquellas situaciones en las que el mayor tiene una **visión distorsionada de sus propias capacidades -y recursos-**. Son aquellas situaciones en las que los mayores piensan que aún pueden cuidar de ellos mismos sin ayudas, no reconocen la situación, y deciden no solicitar ayuda.

*E1 “Ellos piensan que pueden hacer las cosas, ellos creen que siguen estando como cuando tenían... 40 años. Muchos, muchos, no ven sus limitaciones. Una gran mayoría no ven las limitaciones, hasta que ya pasa algo, y ya ven que están limitados”*

*E1 “Creo que son personas que no quieren reconocer o no son capaces de reconocer que no son capaces ellos de cuidarse ellos mismos... tú me entiendes. Porque esta decía que a ella no le hacía falta nadie. Cuando llevaba sin comer una comida en condiciones... años... me entiendes”*

*GC1 “Pero es que nosotros somos enfermeros también, es que si no quieren es que no quieren ¿sabes?, salvo que cambies la vida porque tengan algún evento y ya recapaciten. Pero el que no quiere ayuda sanitaria, no quiere”*

Los profesionales reconocían que **es difícil mostrarse de acuerdo con nuestras limitaciones y pedir ayuda**. Comprendían esta “visión distorsionada” y empatizaban con las personas mayores.

*GC3 “Tomar la decisión que necesitan de alguien externo para cuidarles, es una decisión que les cuesta tomarla, por lo que implica, ¿no? Yo creo que implica la cuesta abajo de la vida y es una decisión que cuesta tomar, yo creo que es así”*

No obstante, esta situación se vuelve especialmente frustrante para el profesional, porque **“tu orientas, pero ellos son los que deciden”** (y siguen o no la recomendación). Los profesionales reconocían el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones, pero, muchas

veces, “lo que la persona elige no es lo más adecuado para mejorar su estado de salud o mejorar su situación” (opinaban estos profesionales).

*T3 “No puedes llevarte a una persona a una residencia, aunque tengas la plaza, no la puedes mandar a una estancia diurna aunque dispongas de la plaza, tú no puedes hacer una valoración, tú no puedes solicitar una dependencia si la persona no quiere, no puedes solicitarle una discapacidad si la persona no quiere, es todo... Es su voluntad.”*

*GUGC5 “¿Qué haces, J, ahí?”, dice ‘Pues ya me he venido [...] es que yo allí [en la residencia] no puedo hacer nada’. Digo, ¡la madre que la parió, después de todo lo que hemos liado!’.*

*T1 “Hay alguna gente que ya accede, cuando ya están al límite, y se lo digo: cualquier día usted se va a caer, se va a ir al hospital por cojones.” Váyase usted antes, arregle las cosas antes que llegar a este límite”*

*GC1 “No dan valor a una persona que vayan a cuidarla, no lo ponen en valor. Piensan que eso vale mucho dinero en pagar 1000 euros, eso es mucho dinero. Pero es que ellos no tienen esa necesidad, ellos como no identifican que tiene esa necesidad, pues la tienen cubierta, para ellos la tienen cubierta”*

Esta misma situación ocurre cuando el que decide es algún miembro de la familia. A pesar de que los profesionales reconocían situaciones muy difíciles, describían casos en los que la familia rechazó la ayuda y decidieron cuidarlos ellos mismos.

*GC5 “Tengo el caso de un matrimonio que no tiene hijos, tiene sobrinos. Claro se ponen de una manera que los sobrinos les dicen mira, no puedo con ellos. Aquí la que está mala en la cama es la mujer y el marido dice que la cuida. Cuando nosotros vamos, porque me avisan las compañeras, que en esta casa estamos que el hombre dice que no quiere ayuda de ningún tipo, dice que él la cuida...y está en unas condiciones queeee...”*

### **3. Los problemas de vivienda y del entorno.**

Los profesionales identificaron la vivienda de las personas mayores como otra fuente de dificultades para la vida diaria. Entre las barreras que se encuentran dentro de la casa, y que pueden dificultar la vida, e incluso producir riesgos, los participantes en el estudio describieron: bañeras, alfombras, falta de iluminación, etc. Además, algunas barreras, como la ausencia de ascensor para acceder a plantas superiores, provoca, en no pocos casos, el aislamiento del mayor.

*GUGC2 “En mi zona, eso de gente que, independientemente de la soledad y la enfermedad, las condiciones en las que viven. Casas completamente ruinosas, no sé, que realmente te paras a pensar, esta persona cómo puede vivir aquí.”*

En este punto, hay que partir de una realidad: **la resistencia, e incluso la negativa**, que tienen las personas mayores, aun en riesgo, para irse de su casa. Aunque “su casa” no reúna las condiciones mínimas de habitabilidad y el riesgo de estar en ella sea elevado.

*GC5 “Tenemos una generación que le cuesta trabajo irse de su casa, eso de pensar “yo no quiero irme de mi casa y tal”*

*GC2 “Hay dos personas que están cercanas a los 90 años, solas en un domicilio sin ascensor, no quiere dejar la casa tampoco porque es una casa de renta baja y dice que si se van pierden la casa.”*

*GRT1 “Y te dicen que “hasta que pueda me voy a quedar en mi casa, yo cuando salga de mi casa con los pies por delante”.*

Pero, además de no querer abandonar su casa, frecuentemente, tampoco ven **la necesidad de adaptación de la vivienda.**

*GRE2 “Porque yo he trabajado en la sierra, en casas con más frío que la mar, con su brasero de picón, con su sillón, con la tele en blanco y negro...pero si no han gastado naaaájj”*

*GRE1 “También el tema de la vivienda, que tú te has encontrado, pero yo allí veo cada día, casas muy grandes, casas muy mal acondicionadas, para el tema temperaturas, la bañera, el perro y las gallinas están en el salón...allí hay un poco de todo, entre comillas”*

GC5 “También hay casos de los otros, que tienen dinero, porque yo tengo varios que tienen dinero, pero no quieren irse de allí de su casa. Y están en malas condiciones porque ni se gastan el dinero ni se quieren ir de su casa.”

Otras veces reconocen la necesidad de la **adaptación de la vivienda, pero es difícil de conseguir**. El problema en estos casos son las **ayudas insuficientes** de las que hacen mención, principalmente, las trabajadoras sociales.

*GGC6 “Pero... la mayoría de la gente no pone el ascensor porque no consiguen el total de las ayudas para la subvención”.*

En este contexto, los profesionales consideraban que, en muchos casos, **la residencia es la única (y la última) solución**, sobre todo para atender a algunas personas mayores en riesgo que necesitan ayuda permanente (ser cuidadas todo el día). Sin embargo, es la última opción que se contempla. Solo aparece como opción cuando no queda más remedio.

*T1 “Y, bueno, la realidad es que nuestra población cada vez es mayor, va aumentando el número de personas que necesitan recursos permanentes”*

*GC3 “Y porque yo creo que a la gente lo que realmente le gustaría es estar en su casa, con el apoyo social necesario para estar en su casa y para terminar los días en su casa. Yo creo que ese es el deseo de la inmensa mayoría de las personas mayores. Yo me he encontrado con muy poca gente que estando bien física y mentalmente haya decidido ir a una residencia”*

*GGC5 “Yo tengo muchas mujeres porque los varones normalmente fallecen antes, mayores que viven en sus domicilios porque más o menos se pueden manejar en las pequeñas cosas o las vecinas a lo mejor le traen la compra o lo que sea, ¿no?, pero... están muy solas porque claro no pueden salir a pasear, no tienen entretenimientos nada más que la tele y... “pero,*

*no quieren irse a ningún centro residencial porque están acostumbradas como cualquiera, a vivir en sus casas ¿no?”*

*GC3 “Que haya tomado la decisión ella personal que, funcionalmente están bien, que no tienen ninguna dependencia ni disfuncionalidad mental y que han visto que, porque se han partido una pierna o en un momento dado han decidido que se van a ir a una residencia a vivir, porque van a estar mejor, y porque no quieren generar que ni sus hijos ni nadie tengan que ir a su casa a cuidarlos, no quieren dar trabajo a su familia. Yo creo que conozco a una persona nada más”*

*GC3 “cuando decides irte a una residencia porque ya no puedes estar en tu casa, estás abriendo una puerta al final de la vida. En las etapas de la vida, cuando uno decide que ya no puede vivir solo y necesita de alguien que le ayude, porque tiene que limpiar, tiene que fregar, tiene que comprar, tiene que hacer la comida, y tú ya no te ves capaz de hacer eso en buenas condiciones y necesitas la ayuda de alguien, estás entrando en otra etapa de la vida, y eso es cuesta abajo”*

Pero, además, este rechazo a las soluciones residenciales tiene una importante componente social, pues es considerada, por muchos mayores, como una situación de abandono. **Esta solución, no está bien vista.**

*GRGC2 “Ese encasillamiento es el que hay hoy en día, que los hijos cuiden a los padres. La residencia equivale a....es porque los hijos no se encargan”*

*GRE1 “Es que las residencias se han visto de un tiempo a esta parte, durante mucho tiempo, nuestros abuelos, lo han visto como ir a un sitio donde vas porque no tienes a nadie. Yo he cuidado a mis hijos, mis hijos ahora me cuidan a mí”*

Por último, hay que señalar que la opción residencial no solo tiene una connotación negativa para la persona mayor, el ingreso en una residencia también es negativa para los profesionales y para la sociedad en general.

GRE2 *“Sin embargo hay pueblos, como Villaviciosa, en que todavía los políticos, siguen pensando que hacer una residencia para ellos es un fracaso de la sociedad, porque a los padres tienen que cuidarlos sus hijos. Los hijos deben cuidar a sus padres, es como una obligación”*

#### **4. Los recursos económicos.**

Otra de las situaciones que suponen una barrera para la atención a este grupo de población son la falta – o el mal uso- de los recursos económicos.

Los profesionales refirieron, de forma directa que **“hay pobreza”**. Realmente, hay personas mayores que no tienen recursos económicos, y los barrios y zonas de residencia influyen en el riesgo del mayor. Los profesionales tienen constancia de la existencia de situaciones de este tipo, principalmente, los que habitan en zonas deprimidas, con pagas pequeñas y los que tienen otras cargas familiares.

GRE2 *“Aunque la persona vaya bien de salud, porque con ese dinero, como no tengas algún apoyo, creo que es muy complicado, con poco dinero, que pueda mantenerse, el componente económico, es un componente económico, evidente de salud”*

GGC3 *“Y al final, te lo lanzan, "no tengo los sesenta céntimos para comprar el algodón" y dices tú ¡ya está!”*

GCS *“Sí, sí. Hay muchos que no tienen ni pensión. Cobran la ayuda social, cuando la tienen”*

GCS *“Lo que pasa que aquí tampoco tenemos pensiones ni la gente tiene recursos como para plantearse hacer esas cosas.”*

GGC3 *“Con minipagas que es lo que se tienen allí, en mi zona, unas pensiones súper chiquititas y que además yo lo que he notado, que además estoy temblando porque dicen viene otra crisis, yo digo ¿quién ha salido de la crisis?”*

GRE1 *“Porque si tu pensión no está adecuada para tú adaptar tu casa, por ej para poner rampas, arreglar puertas, para cambiar suelo antideslizante...”*

*GGC4 “Sin embargo con la crisis sí he escuchado que se han ido a vivir a casa de la abuela porque la abuela es la que aportaba”*

*GC5 “Suelen ser también personas que tienen alrededor familiares aquí en este barrio con problemas y lo que hacen es vivir de lo poco que ellos tienen, tienen que ayudar a la familiar...”*

En ocasiones, la falta de recursos no es tal. También se identifican casos de “**pobres-ricos**”, que son aquellas personas mayores con propiedades, pero sin ingresos económicos suficientes. Esto condiciona que no puedan gestionar sus recursos para contratar ayuda para el cuidado, adaptar vivienda, etc.

*GGC3 “Que es verdad que a lo mejor tienen propiedades y tienen cosas, pero no tienen dinero o .... y la gente vivía en el centro, pero es verdad que... y es verdad que hay mucha penuria en el centro y yo decía madre mía en el centro no... pero hay mucha penuria, claro que hay”*

*GC5 “Pero ahora tenemos la parte rica que voy a un chalet del Brillante, que ya he ido a más de uno, me ha pasado en más de un caso, entras en una casa impresionante, pero dejada de años ya, porque viven personas mayores y no pueden ni atender el jardín ni la casa tan grande, ni tienen ya poder adquisitivo para tener gente que se lo haga, y están en una casa grandísima hecha polvo ya, el jardín lleno de hierbas y de todo, en una habitación con muebles de estos ya antiguos, allí solos...”*

*GC5 “También hay casos de los otros, que tienen dinero, porque yo tengo varios que tienen dinero, pero no quieren irse de allí de su casa. Y están en malas condiciones porque ni se gastan el dinero ni se quieren ir de su casa.”*

Los profesionales también describían situaciones en las que no existe esta carencia, en las que los mayores **tienen sus ahorros**. Pero muchas veces, estos ahorros son insuficientes cuando la necesidad de ayuda requiere cuidados permanentes. Entonces, **todo dinero es poco**.

*T1 “A veces hay solución, porque ellos tienen un colchoncillo y a veces lo conseguimos, pero... Hay a veces tanto dinero que se gasta en una historia y luego ¿cómo es el resultado?”*

GRE2 *“El tema económico, es vital para la cuestión, que a partir de cierto nivel la situación del mayor, es la de alguien que cuida a las personas en su casa 24h, lo que pasa que eso, realmente, es carísimo”*

En muchos casos, los mayores que tienen familia y recursos económicos, pero, a pesar de ello sienten la necesidad de dejar los **bienes son para sus hijos**.

T2 *“Hay gente que tiene ahorrillos.... suelen ser ellos los que no suelen vender su casa, “porque esto es para mis hijos...”*

GGC5 *“Tenemos una cultura ... ¿qué queremos? “Nosotros no queremos vender nuestro piso e irnos con ese dinero a vivir a una residencia. No, noj Nosotros queremos que nuestro piso se lo podamos dar a los hijos y.”... y mientras tanto los diez años que me quedan últimos de vida, me voy a putear bien puteado porque ni vienen a verme los hijos pero yo el piso se lo dejo a los tres”*

En definitiva, también existen muchos casos en los que las personas mayores **tienen, pero no quieren gastar**. Son casos de mayores con un nivel económico elevado, con dinero y que, sin embargo, o no quieren gastar o no saben gastar. Aparece un problema en la gestión del dinero que no se invierte en su beneficio.

GC1 *“Muchas veces hay recursos por parte de la persona, pero no los sabe utilizar. Yo me he encontrado con muchísima gente que tiene una paga corta. Pero bueno tiene mucho dinero en el banco, pero mmm... no ven la necesidad de gastárselo en una persona que venga a casa a atenderlo. Y de eso hay muchos casos”*

GRT2 *“Mucho dinero también, guardado, pero que no... es que no sabía ni siquiera gastárselo. Es que no saben gestionarlo, ni...tanto dinero, no saben”*

GC1 *“La pena que a mí me da de este tipo de personas, es que mucha gente tiene recursos y no sabe utilizarlos. Muchos recursos, y se mueren siendo los más pobres... teniendo ¿eh? se mueren y pudiendo tener una persona para que este atendiéndola 24 horas, teniendo poder adquisitivo/.pues porque quieren ser los más ricos del cementerio totalmente”*

GC1 *“Yo creo que además muchos piensan que le han pasado la situación y que tienen que tener dinero para cuando haya la "hecatombe" ...que va a ocurrir ya”*

GRT1 *“Yo he tenido casos de Diógenes, que no querían irse de su casa, una persona de aislamiento total, sin familia ninguna, mucho dinero también, guardado, pero que no... es que no sabía ni siquiera gastárselo, Es que no saben gestionarlo, ni... Tanto dinero, no saben”*

GRE2 *“Luego te digo, el paciente del pueblo, tío soltero, mayor, porque parece que va a pedir un favor la cuidadora, En una cuenta con trescientos veintitantos mil euros, si tú vas a la casa, ya te lo contaré”*

### **5. El patrón de convivencia.**

Un aspecto íntimamente ligado con las redes de apoyo y la familia es el de la convivencia. En los discursos de los profesionales se percibe cómo los **modos de convivencia** de las personas mayores pueden condicionar riesgos.

Así ocurre, por ejemplo, en el caso de personas mayores que **viven solas o con una pareja de igual edad** (y con problemas importantes de salud). En estos casos, no solo la persona mayor, sino también las **personas que los cuidan** son mayores en riesgo, ya que no solo no pueden dar soporte, sino que lo necesitan.

GC2 *“Personas que viven solas, es también otro factor, personas mayores solas o que conviven con otra persona de la misma edad, con la misma situación de dependencia, y son situaciones más críticas y complicadas de manejar, en cuanto a manejo de medicación”*

GUT1 *“Señora de hoy, con 86 años, cuidando a su marido, es verdad que la pobre está mal, muy mal. la cuidadora ya no puede más”*

GC4 *“Hay dos personas que están cercanas a los 90 años, solas en un domicilio sin ascensor”*

GC3 *“Con pacientes que estén solos, ahora mismo tengo, por ejemplo, dos pacientes frágiles, mayor con riesgo social, son dos hermanos de 87 y 85 años. Uno tiene cáncer de próstata con metástasis pulmonares, que es el que cuida del de 85 años, que está ahora mismo vida cama-*

*sillón con sonda nasogástrica, en transferencia con grúa porque no anda. Y el que lo cuida es el que estoy diciendo, incluido en paliativos porque está en quimio”*

*GGC2 “Yo tengo un caso de la semana pasada de una madre muy mayor que vive con un hijo discapacitado, el hijo discapacitado”*

*GC4 “Desde un enfermo mental que tiene un delirio permanente, que es cuidador de su mujer y que está encamada con una demencia en situación de terminalidad. Posición fetal, encamada... Los cuidados de la mujer están asegurados porque está recibiendo servicio de ayuda a domicilio de lunes a domingo, mañana y tarde, ¿vale? Un tiempo limitado, corto, pero mañana y tarde. Pero él ha pasado un proceso de delirios bestial. Decía que entraba humo por las ventanas porque había varias chimeneas que él decía que eran plateros clandestinos que trabajaban de manera clandestina y tal y cerraba las ventanas, le tapaba la cara a la mujer... Y era un problema de salud mental”*

En otras ocasiones, la convivencia, y el apoyo, surgen como consecuencia de razones económicas. Es el caso, ya señalado, de **familias que se trasladan a vivir con los mayores**, porque éstos son un recurso (por interés o necesidad). No obstante, si bien estas situaciones resuelven la falta de apoyo (y la soledad), traen consigo, no pocas veces, situaciones de pobreza económica para la persona mayor.

*GGC4 “Sin embargo con la crisis sí he escuchado que se han ido a vivir a casa de la abuela porque la abuela es la que aportaba. Y pasa al revés.”*

*GGC6 “Y sí que noto la diferencia de que o bien porque la familia es más fresca y vive con la persona que tiene la pensión... Que yo noto que en esa zona hay menos aislamiento social, o sea que hay menos personas que viven solas y eso lo noto.”*

*GGC3 “Porque cuando se inició la crisis, se metieron allí familias que acaban con los poquitos ahorros que tenían y ahora se enfrentan a que son más mayores, que posiblemente ha muerto uno de la pareja, que se quedan con una minipaga y sin sus huchas que además eso lo*

*dicen mucho "Yo antes tenía unos ahorritos y ahora no tengo nada" y los hijos se han ido, se ha quedado el mayor solito."*

### **6. La familia y las redes de apoyo.**

En relación con familia y otras redes de apoyo del mayor en riesgo social, los profesionales identificaron diferentes situaciones, desde mayores que **no tienen hijos**, que los vecinos de siempre ya se han ido o han fallecido, que no conocen a nadie, en definitiva, con falta de apoyos o apoyos insuficientes; o mayores en riesgo **con familia** y con situaciones complicadas. Todos ellos son aspectos que los profesionales identifican como "riesgos". A continuación, describimos toda esta variedad de posibilidades.

En primer lugar, encontramos **personas mayores que no tienen hijos**, que los **vecinos de siempre ya se han ido** o fallecido, y que **no conocen a nadie**. En definitiva, se trata de personas mayores con una clara falta de apoyo o con apoyo insuficiente.

*GRGC2 "Algunas veces tú ves gente que no está enferma porque no tenga muchas patologías y los ves muy frágiles porque no tienen apoyos, un familiar, una red de apoyo"*

*GC3 "Patologías crónicas, que vivan solas, con poco apoyo social, que sean dependientes, que no puedan valerse por sí mismos, incluso hasta los que se puedan valer por sí mismos, según en qué condiciones también creo que pueden tener algún riesgo social. Cuando veo que hay un riesgo social es porque veo que no tienen un apoyo social bueno"*

*GC1 "Hemos tenido casos de pacientes, sobre todo eso sin recursos familiares, sin familias ninguna"*

*GC2 "porque no hay nadie que esté pendiente de la persona mayor"*

*T2 "Entonces el lunes fuimos a verlo, él me dijo que no había comido en el fin de semana. Y lo llamé, digo X, es que hoy no pueden traer la comida, mañana... -Entonces, ¿qué hago? ¿Tampoco cómo? Llevaba dos días sin comer, sin tomarse la medicación desde que le habían dado de alta, bueno, ni si quiera la había sacado de la farmacia..., había un servicio de ayuda a*

*domicilio que pagaba la ONCE a una sobrina, pero discutieron. Y la sobrina fue y entregó la llave. Es que el señor es de un carácter complicado”*

En estos casos de personas con falta de apoyo social es, además, frecuente, encontrar sentimientos de **soledad (no deseada)**. Además, en estos casos, la soledad se convierte en un factor determinante del riesgo social e, incluso, un factor importante en el incremento de la mortalidad en este tipo de población.

*GC3 “Pero la soledad de por sí es un factor determinante de posibles problemas de salud. Entonces te encuentras con situaciones de pacientes solos que se encuentran bien, pero ahí ya aparecen problemas de depresión, un poco de abandono de sus hábitos, porque no hay nadie que esté pendiente de la persona mayor. Y son personas que normalmente están bien, pero pueden derivar a situaciones de mayor dependencia”*

*GGC5 “Cuando tú cierras la puerta y estás sola y te quedas con tu televisor en la casa, la verdad que eso es para pasarlo. Pero me refiero que soledad sí que la hay o riesgo social si lo hablamos en términos económicos, no lo tiene, no, Pero que puede ser una parte también del riesgo social porque eso te puede llevar a tener otras patologías...”*

*GC6 “Las barreras más importantes están en la situación de soledad, la falta de soporte para la consecución en los objetivos en los cuidados, creo que es el principal problema”*

*T2 “Sobre todo de eso, no, yo no me hablo con mi hijo desde hace no sé cuántos años... Entonces, claro, están solos. Y luego la gente que está completamente sola, que hay mucha. Todos tienen hermanos, pero eso, con una edad media de 80 y tantos años. Algún sobrino... Pero hay gente que está muy sola, no tiene hijos, ni marido, ni nadie que les atienda”*

*T3 “Muchos casos. Soledad, los hijos, no hay mucha presencia de familiares”.*

*E1 “También tuve ocasión con una mujer muy mayor, muy mayor, muy mayor, tenía una mujer, que se llamaba Dolores, vivía sola, y que también tenía 90 años y vivía sola. Tenía una que le iba y le hacía las cosas, y le llevaba la comida, y que le dejaban la comida en el cacharrito,*

*y se cayó y a partir de caerse, que no podía levantarse de la cama... No tenía hijos o tenía un hijo que se murió..."*

Si continuamos describiendo toda esta batería de posibilidades que tiene que ver con el apoyo social, también encontramos situaciones en las que **no hay familia, pero tiene a los vecinos**. Los profesionales, incluso, reconocían que ellos mismos **los utilizan** como recurso y apoyo. No obstante, este apoyo **no es suficiente**, y sirve para poco más que "ir tirando".

*GC1 "Otras veces pues porque prefieren apañarse como sea, muchas se apañan bastante mal y en muchos casos se sirven por el apoyo vecinal que tienen"*

*GRE2 "Búscate un buen vecino, más que una buena familia, la familia puede estar lejos. Yo creo que hay un apoyooo... por lo menos para las necesidades básicas y poco más"*

*T1 "Y algunas veces tenemos el apoyo de los vecinos, son fundamentales, o de los voluntariados"*

*GGC2 "Los vecinos se ayudan mucho unos a otros. Y las personas que viven solas no son personas jóvenes, son personas muy mayores, mayores de ochenta y pico en adelante. Y además, muchas lo que pasa es que es verdad que ya te ayuda el vecino, ya te ayuda el... Y de hecho no son cuidadores, sino la gente que va a pedirte ayuda para ellos son los vecinos. Se catalogan a lo mejor como amigos, pero que no son amigos, son vecinos"*

Otra realidad identificada es la **no existencia de familia, pero la sí disponibilidad de apoyo**. No obstante, ésta resulta, la mayoría de las veces insuficiente para cubrir las más mínimas necesidades básicas.

*GC4 "Hace poquitos días visité a una persona mayor, mayor de 80 años. Vive sola y sin soporte familiar. Tiene nada más que dos primas y el servicio de ayuda a domicilio de la Ley de Dependencia es una hora escasa, tú sabes que el tiempo de traslado también existe. Ehhh, pues el resto de apoyo que tiene es una persona que va a darle de comer y otra que le da de cenar"*

*GC1 "Una persona que tengo, está encamada, que no tiene alguien que le cambie de posición o el pañal cuando toca, y a lo mejor va una persona una vez al día y cuando toca pues*

*si... y a lo mejor va una persona una vez al día y lo deja acostado y hasta el día siguiente no lo ve nadie”*

En este camino que estamos recorriendo, desde la falta absoluta de apoyo social, encontramos también situaciones en las que sí **existe familia**. No obstante, esta situación también es diversa. Y esta heterogeneidad va a condicionar el apoyo social que se presta.

Encontramos situaciones en las que **hay familia**, pero **el mayor “no quiere molestar”**. Los profesionales hacían referencia a la protección que el mayor tiene hacia sus hijos o hacia otros familiares. “No quieren dar problemas”.

*T1 “El concepto familia si es una mujer dice que no, que sus hijos tienen muchas cosas que hacer, no se lo va a decir. Ellas tienen eso...”*

*GC3 “EL mayor en una habitación independiente, aparte”*

*GUT1 “El caso que os he comentado, es verdad que la señora de hoy, con 86 años, cuidando a su marido, es verdad que la pobre está mal, muy mal. La cuidadora ya no puede más. Y le pregunto, “bueno, y sus hijos”? tiene 3 en Córdoba, pobrecita mía, y siempre justificando, siempre, diciendo que: “no quiero dar problemas a mis hijos...”*

Otra situación, quizás la más frecuente, es aquella en la que **hay familia, pero la conciliación del cuidado es difícil**. Se quiere, pero no se puede. Compatibilizar el cuidado del mayor con la propia vida de los hijos (su trabajo, su familia, etc.) es complicado cuando no se dan los casos en los que los hijos viven lejos o no viven en la misma ciudad.

*GC5 “Los hijos no están porque, además, yo no digo que no estén porque no quieran, es que muchos no pueden porque tienen que trabajar, y están todo el día fuera o se han tenido que ir fuera a trabajar, y no pueden estar aquí con los padres porque no hay trabajo... Entonces, yo no sé. Yo siempre digo que no sé por dónde vamos a salir”*

*GRT1” Es que la realidad, los hijos tienen familia, trabajo, es complicado”*

*T2 “Cuando los hijos no se pueden ocupar, obviamente es porque no pueden, o sea, tienen obligaciones familiares, laborales y tienen sus propias casas. Entonces, no pueden asumir todo el cuidado”*

*GGC1 “Yo creo que a la gente le duele que sus hijos no puedan o no vayan, porque hay de todo, no puedan atenderlos o no tengan capacidad para atenderlos porque están trabajando, o porque sus casas son pequeñas y no pueden vivir con ellos, o veinte mil cosas que te cuentan de por qué están solos en casa”*

*GUM2 “Hay hijos que se implican y están muy lejos”*

*GC5 “Hace unos años, ¿qué respuesta se buscó? Que las personas estaban muy bien en su casa, que le diéramos apoyo a los cuidadores (que hay que dárselo), pero la cosa era: todo el mundo a su casa y que busquen la ayuda en su casa. Pero es que esa ayuda no existe, porque cada vez hay menos cuidadores y cuidadoras de la familia. Las hijas y los hijos están fuera, y las mujeres que son las cuidadoras la mayoría, se están haciendo mayores, con lo cual, ¿dónde están los cuidadores?”*

*GGC1 “Mira yo, yo me encuentro con dos problemas por lo menos en la zona mía ¿no?. Te encuentras con la típica persona mayor que la familia por suerte están todos trabajando y que se las ven y se las desean para estar pendientes de sus padres eh... Y sobre todo cuando tienen un ingreso, cuando... cuando empeoran... Es que eso así... y vamos, yo vivo en esa zona y me pongo en el lugar de que le pasa algo a mi madre y todos trabajando”*

Estas dificultades para conciliar tienen que ver, sin duda, con los cambios sociales que ha experimentado la sociedad occidental actual. Los profesionales reconocían en sus discursos el cambio en el aspecto social y la repercusión en el cuidado.

*T2 “O sea, que esta gente está sola, por mucho que tengan tres hijos o lo que sea, que vienen un mes, vienen un fin de semana o lo que sea de vez en cuando, y muchos eso, tienen familia, pero no está. Y esa gente tiene que darle cobertura de alguna manera, porque al final,*

*están solos. Y ya no es porque los hayan dejado solos ni por nada, sino porque no se les puede atender”*

*GC2 “Hay familias que lo manejan bien, que son un soporte adecuado, y otras cosas que, a lo mejor, si nos adherimos a la ayuda por la Ley de Dependencia, una persona que está un ratito no puede hacer un seguimiento del paciente en cuanto a su control”*

Entre estos cambios, los profesionales destacaban el nuevo rol de la mujer y la incorporación al mundo del trabajo. Esta incorporación ha supuesto un indudable vuelco en el sistema de cuidados. El sistema de cuidados ha cambiado. Sin embargo, a la mujer se le sigue exigiendo el rol del cuidado por parte del resto de la familia. Hay familia, hay trabajo, y la conciliación es difícil.

*GUT2 “Y el planteamiento que se viene escuchando con rol desde hace años, es que ha hecho de responsables en el modelo mediterráneo a la mujer, pero la mujer se ha incorporado al mercado de trabajo”*

*T2 “En la familia son chicos y chicas, las mujeres son las que siguen desempeñando el rol de cuidadora, ellos son como que no cuentan. Llegan y te dicen no, “somos 5 hermanos, pero los tres chicos no cuentan, somos mi hermana y yo las que tenemos”... ¡eso sigue ahí! Y parece que es difícil de cambiarlo”*

*GGC1 “Como una hija que quería llevarse a su madre a su casa y que iba a meter un colchón para la madre en el dormitorio con la pareja, o sea que es que yo... es un caso de nuestra zona”*

*GC3 “El resto quiere estar en su casa, y que le atendiera su familia. Yo creo que a la gente le duele que sus hijos no puedan o no vayan, porque hay de todo, no puedan atenderlos o no tengan capacidad para atenderlos porque están trabajando, o porque sus casas son pequeñas y no pueden vivir con ellos, o veinte mil cosas que te cuentan de por qué están solos en casa”*

En el extremo opuesto, encontramos otra situación, **hay familia, pero también hay conflictos**. Los conflictos familiares aparecen como un obstáculo para la atención al mayor. Padres/madres con problemas con los hijos, conflicto de hermanos, etc.

*GGC2 “Y llevaba tres años que no hablaba con sus hijos” Claro, él, por un lado, es verdad que es una persona bastante manipuladora y eso, pero por otro lado dices...”*

*T2 “No sé, a lo mejor yo tampoco sería capaz de soportarlo, pero cuando tienes dos horas, vas dos horas, intentas atender a la persona, preparar su medicación, su comida y tal y te vas te diga lo que te diga. Lo que pasa que, cuando empieza a decirte que me estás robando... Imagino que debe ser complicado atender a ese tipo de persona, pero ahí él está solito”*

Son situaciones en las que **los hijos no se encargan** de los padres o de familiares por historias de vida, normalmente relacionadas con maltrato, alcoholismo o abandono.

*GUE1 “Y yo había juzgado a sus hijos, tales como que sinvergüenzas que como tenían esas actitudes ante un padre. Y había todo eso detrás, es que muchas veces si rascamos nos enteramos de lo que pasa realmente”*

*GUT2 “La desatención, en algunos casos, es por historia de maltrato de los padres hacia los hijos”*

Los profesionales también señalaron una situación en la que estos precedentes no existen, pero en la que el conflicto es frecuente por el **carácter difícil de la persona mayor**, que ha ce que **“no sea fácil ayudar”**

*T2 “Había un servicio de ayuda a domicilio que pagaba la ONCE a una sobrina, pero discutieron. Y la sobrina fue y entregó la llave. Es que el señor es de un carácter complicado”*

### **7. Situaciones de maltrato en la persona mayor.**

En relación con la última situación descrita (las situaciones de conflicto), los profesionales también reconocían el maltrato como una de las situaciones importantes para identificar casos de personas mayores en riesgo social.

Además, los profesionales identificaban diferentes tipos de maltrato: maltrato de tipo económico, maltrato físico por parte de la persona que lo cuida, casos de violencia de género, y otros casos con situaciones de abandono de la persona mayor.

Respecto al primero de los casos descritos, las situaciones en las que hay **maltrato económico** por parte de la familia, se exponen casos concretos, historias concretas, donde la propia familia de la persona mayor sustrae el dinero.

*GUT2 “El fenómeno de la descapitalización del envejecimiento. Que hablando en plata es... que el capital que tú tienes te lo sustraigo y después si esto no me acuerdo... Y la mujer no tenía ni para pagarse la residencia”*

*GGC3 “Cuando se inició la crisis, se metieron allí familias que acaban con los poquitos ahorros que tenían y ahora se enfrentan a que son más mayores, que posiblemente ha muerto uno de la pareja, que se quedan con una minipaga y sin sus huchas que además eso lo dicen mucho “Yo antes tenía unos ahorritos y ahora no tengo nada” y los hijos se han ido, se ha quedado el mayor solito”*

*GUT1 “La sobrina venía de un pueblo, no venía apenas, y cada vez que venía era para sacarle el dinero; le saco 8 millones de pesetas. Y cuando se dio cuenta, bueno la mujer firmaba, en verdad no sabía lo que firmaba”*

*GUT1 “Una mujer. Se hace el estudio social y pregunto ¿usted no tiene vivienda?: y dice “pues no”. Y le digo ¿y eso? La mujer era muy linda... decía “yo tenía” y le pregunto y ¿qué ha pasado? Pues donde vivía unos meses antes, habían decidido a conjunto venderla ehijj. Y el dinero ¿quién se lo quedó? la hijastra.”*

Los casos de **maltrato físico** por parte de la persona que cuida se dan como consecuencia de la sobrecarga que, frecuentemente, sufren las personas cuidadoras. El estrés, el cansancio, el insomnio, la irritabilidad, o la frustración pueden ser fuente de reacciones violentas que, a la larga, pueden convertirse en un maltrato. Otras veces, esta deriva de situaciones en las que existe una enfermedad mental en el grupo familiar.

GC2 *“Había un caso de una persona mayor que la maltrataba el hijo: persona dependiente y el hijo era el cuidador, con trastorno conductual... porque era fractura de brazo, fractura de muñeca, golpes en la cabeza, derrames oculares”*

GC3 *“Desde aquí se mandó las denuncias que había por malos tratos del hijo y demás... los vecinos denunciaron por maltrato”*

Cuando la persona mayor es mujer, dependiente y quien cuida es su cónyuge, los profesionales describieron situaciones de **violencia de género**. Esta situación es visible cuando se entra en el domicilio

T3 *“Cuando llega una persona mayor con un caso de violencia de género, por ejemplo, es que se te ponen los pelos como escarpas. Que, además, son cuidadoras de esas personas que, supuestamente le están propinando o maltratando”*

El último tipo de violencia descrito por los profesionales es el **abandono del mayor**. Otro factor de riesgo y que está considerado como maltrato hacia el mayor es la situación de abandono en la que se encuentran en algunos casos. Mayores en malas condiciones de salud, de vivienda, donde no reciben visitas y que, sin embargo, tienen familia.

GUGC1 *“Es verdad, esa situación me da mucha impotencia, el desapego, Y verdaderamente se sienten solos, y con familia, con hijos, pero es que hay un desapego tan tremendo”*

GRGC2 *“Y la verdad que a la población que nosotros atendemos son complejos, incluye a la población anciana, y verdaderamente existe muchas situaciones de abandono, y te viene la impotencia a la hora de poderles dar ayuda”*

GRM1 *“Y te encuentras y te dicen “Que quieres, me he ido del pueblo y ahora que quieres, que yo vuelva al pueblo a cuidarte. Es que deben tener un arraigo, el verse obligados a volver.” A mí me han dado todo, todos los recursos para salir de aquí y ahora... tú quieres que vuelva aquí, a cuidarte a ti”*

GGC2 *“Y hay una hija, la única que está bien de los tres, que se quitó del medio hace mucho tiempo y vive en Sevilla y no quiere saber nada de la situación, ni bueno ni malo”*

E1 *“Porque el otro día, cuando fui a ponerle el optovite, que fue cuando me la encontré llorando en la cama y todas esas cosas... Y llevaba 3 días que no tenía la pepsicola (su bebida), y 3 días sin levantarse, y 3 días con la misma ropa que la cuidadora le puso y ella se la encontró cuando volvió así...”*

### **8. La evitación de responsabilidad y su traslación al sistema.**

Finalmente, otra situación con connotaciones totalmente diferentes es aquella en la que **la familia no se implica**, “mira para otro lado”, y **evita la responsabilidad**.

El discurso de los profesionales deja ver la responsabilidad “natural” que la familia tiene en el cuidado de las personas mayores e, incluso, la responsabilidad que la familia tiene cuando estos cuidados faltan.

En cambio, en lugar de encontrar este cuidado, los profesionales referían cómo los hijos piden respuestas al sistema para la atención al mayor. Ellos no pueden hacerse cargo del propio mayor y **exigen que el sistema responda**.

GUT2 *“Pues en la vida siempre recogemos lo que sembramos. Pero de todas formas lo que es la seguridad, la dignidad de una persona, creo que la familia debe tener obligación de tener responsabilizarse de su padre. Ahora es una persona vulnerable... Y es que volvemos otra vez al sentido común”*

GUT1 *“Creo que la familia debe tener la obligación de tener que responsabilizarse de su padre. Ahora es una persona vulnerable [...] pero no se tiene tan claro en el sistema de creencias generales que tenemos en el día a día, que cuando mi padre se vuelve dependiente no tenga la obligación legal de cuidarlo. Creemos que es todo ético, pues no”*

GUT2 *“Pero la familia es el eje de atención, lleno de corresponsabilidades, co-responsabilidad”*

*GUT1” Todo el mundo tiene claro que tener un niño pequeño, y lo cuida y si no lo cuida la tenemos liada y gorda, pero no se tiene tan claro en el sistema de creencias generales que tenemos en el día a día, que cuando mi padre me ejerce y se vuelve dependiente no tenga la obligación legal de cuidarlo”*

*T1 “yo le digo a los hijos, ¿a usted le importaría ir a comprar su compra y llevarle a su madre que se lleve una caja de leche... ¿le importaría a usted llevárselas? La gente no cae”*

*T2 “Otras veces, a pesar de tener sus obligaciones y todo eso, es que a lo mejor llegan a solicitar la ley de dependencia y dicen “es que mi madre no puede estar sola”, y quieren que les des la ayuda ¡yai Piensan que realmente es eso, el Estado es el que tiene que hacerse cargo de los cuidados de la personas y no ser ellos los que asuman parte de la responsabilidad. Muchas veces cuesta trabajo implicarlos, porque noo...”*

*T2 “La negociación, la utilizo mucho, es que no queda otra, de primeras entras y lo único que tienen es exigir, exigir, exigir, quiero, quiero, quiero, necesito...” ¡Pero, lo quiero yai” y aparte no quieren darte nada a cambio”*

*GC3 “Piensan que realmente es eso, el Estado es el que tiene que hacerse cargo de los cuidados de las personas y no ser ellos los que asuman parte de la responsabilidad. Muchas veces cuesta trabajo implicarlos, porque no...”*

A veces, la familia se niega, incluso, a llevar a su familiar a casa desde el hospital, bien por no poder hacer frente a los cuidados o bien por no querer cuidar al mayor.

*GCU2. “muchas veces me han llamado del hospital por si conocía la situación, la hija no quiere llevarse a su padre a casa, dice que ella no puede cuidarlo, y se niega rotundamente. Ya se ha hablado con ella, este paciente no puede estar aquí”*

Estas situaciones tienen que ver, frecuentemente, con la existencia de unas **expectativas (no ajustadas) en el sistema** (la pelota está siempre en el tejado del sistema) por parte de los mayores y la familia.

La familia pretende que se suplan por el sistema las necesidades que ellos consideran deben ser cubiertas y, además, que debe hacerse de forma “rápida”

*GRGC2 “Muchas veces, hay pacientes, con cierto tipo de demencia, tú tienes tu vida, tus hijos, tu trabajo, vas dejando a tu familiar ahí, aparcaito, él con sus costumbres, no quiere que tu entres en su vida, en su ámbito, en su vivienda, que no entres en nada, con lo cual lo va dejando, lo vas dejando y el problema al principio es pequeñito, se va dejando, el problema ya es más grande” pero llega un momento en que la familia va en busca tuya, exigiendo todo lo habido y por haber, y lo quiero "ya"*

*T3 “Y a veces lo que pesa o lo que ‘molesta’ o la falta o la inmediatez que muchas veces tienen los familiares en que se resuelvan los problemas o las situaciones problemáticas que surgen a raíz de una enfermedad o de los años que incapacitan que no tienen...bueno que son fruto de la edad, del deterioro físico, cognitivo, de la enfermedad en definitiva y entonces, lo que quieres es ya, ahora, de hoy para ayer y que no hay término medio ni espera. Tiene que ser todo lo más inmediato posible y desgraciadamente, pues...”*

Por otro lado, los profesionales reconocían que **no se valoran los recursos** que existen ni hay corresponsabilidad, y que, además, las familias **exigen** lo que creen que les corresponde sin dar nada a cambio. Se plantea como lo que “es gratis no se valora”

*GUGC2 “yo llevo toda la vida cotizando”... En fin... ya ponen en cuestión lo que es el valor de un profesional y luego eso, la gratuidad”*

*GUM2 “Eso es muy difícil para nosotros, porque una vez le dije a una mujer: ¿si tenéis el coche en la puesta porque no lo lleváis? Y me dijo ¿cómo? ¿que yo voy a llevar mi coche? Como voy a llevar mi coche si yo pago la ambulancia yo no sé qué...¡¡¡ Eso todos los días, y yo me peleoj”*

*GUM1 “Te encuentras usuarios que te dicen que llevan toda la vida trabajando para que después se encuentren una situación así, y que se suponen que tienen que estar cubiertos, pero en verdad no están cubiertos. Y aparece la impotencia por parte del paciente como por nosotros”*

Por último, las expectativas que la familia (y la persona mayor) tienen del sistema no se ajustan a **la realidad de los recursos existentes**. La familia espera que la sociedad, la institución, resuelva todos los problemas. El individuo es pasivo al respecto. El papel de la familia en este sentido es que acude y culpa al sistema de salud de que su familiar no tenga las necesidades cubiertas.

*T2 "Recursos propios no tenemos, entonces intentamos implicar a la familia, que es un trabajo que hay que hacer constantemente. Decirle a la familia que sí, que vamos a intentar gestionar la ley de dependencia o servicio de ayuda a domicilio. Pero que ellos se tienen que implicar, que va a ser una o dos horas lo que van a... la intensidad del recurso dependiendo del grado de dependencia que le hayan asignado, pero el resto del día hay que cubrirlo"*

*GC1 "Muchos se sienten abandonados porque ellos quisieran tener una ayuda a domicilio 24h y eso no lo pasa la seguridad social, claro"*

*GUGC1 "Además, es una exigencia por parte de la familia a que sean los servicios sociales o los que son las instituciones, a algo, que atienda a la persona dependiente"*

*GRE2 "Todos los recursos públicos tienen sus lagunas, de las personas que se pueden aprovechar. Y entonces cuando esta persona tenga ingresos, que estén a nombre de otra, tenga propiedades, eso lo vemos a diario, gente de dinero que pide. Eso es que me ha salido ahora, incluso personas que no tendrían necesidad buscan artimañas para intentar buscar una paga"*

### **9. El apoyo formal.**

Con relación al **apoyo formal** que tienen los mayores, los recursos existentes son los proporcionados por la **ley de dependencia** -y otros apoyos sociales- y los que ellos **contratan de forma privada**.

Estos recursos son apreciados, sobre todo, en zonas rurales donde **las cuidadoras formales que atienden a las personas mayores son conocidas**, por ser parte de la población a la que atiende.

*GRGC2 “Pero la gente de ayuda a domicilio, yo hablo, en [...] es verdad que no tenía ni poca o ninguna, pero en [...] que estoy teniendo más contacto, son gente super volcaaa, porque además, son gente del pueblo que cuida a la gente del pueblo, y entonces... los lazos que tienen son otra historia... y son, yo aquí que lo estoy conociendo, pero..son super volcados, que si tienen que estar más rato están”*

No obstante, cuando esta situación no ocurre, cuando no se conocen, la valoración de este recurso no goza del mismo aprecio. Los profesionales referían que estos cuidados, a veces, **“no son los más cualificados”** y que, además, son **insuficientes y caros**. Cuando existe la necesidad de cubrir todo el día es realmente caro.

*GRE1 “El tema económico, es vital para la cuestión, que a partir de cierto nivel la situación más positiva es la de alguien que cuida a las personas en su casa 24h, lo que pasa que eso, realmente, es carísimo.”*

*GC1 “Buscar una persona que esté las 24h con ellos, muchos es que lo deniegan, no quieren, muchas veces porque no pueden, les faltan recursos, porque para eso hace falta recursos económicos, y muchos tienen una paga escasa”*

*GRT1 “Las personas dadas de alta, personas contratadas, que además tenga formación, eso es... eso es... ¡disparar los gastos!”*

*GRE2 “No tanta formación, no tanto dado de alta, o sea.”*

Para solventar esta situación (la dificultad económica), existe, como indicábamos al inicio de este apartado, la ley de dependencia. No obstante, los recursos concedidos a través de este medio ni solucionan totalmente el problema económico, ni suelen ser suficientes para **dar respuesta** a las necesidades de la persona mayor.

*GRGC1 “Y eso pasa también con la ayuda domicilio, que van 40' corriendo, y le tienen que dar tiempo y que tengo que estar en otro sitio e ir a levantarlo y asearlo...y también tienen que correr. Mi cuñado está en ayuda domicilio, él es auxiliar y él tiene 30' para un hombre. Todas la mañanas tiene 30', tiene que atender a esta persona, con lo cual entre que vas, entre que*

vienes. Que llega por la mañana le pone su leche, su café, ... y no da tiempo a asearlo, porque, como le sale.. le dedica su tiempo, y él se llega después, se llega al final a las 3 porque él se siente mal por el hecho de llegar y meterle prisa, venga bebe, bebe..."

GRM2 "Pero que.. a pacientes que a lo mejor no tienen deterioro cognitivo, sino que es una simple soledad, tampoco le puede aprovechar el tiempo para lo que necesitan, para charlar esos minutos 40"

GUT1 "Más, hoy he tenido yo 3 casos iguales, lo mismo, típico: Aislamiento social, personas mayores, falta de recursos, ley de dependencia que no...no va... Bueno te encuentras ahí...mal"

Además, una sensación que se repite en el discurso de los profesionales respecto a las ayudas concedidas por la ley de dependencia es que llegan tarde. Estos recursos que se solicitan **tardan** mucho en resolverse y que lo concedan.

GRE1 "Porque recursos los hay, porque la ley de dependencia está estructurada con una serie de recursos... que funcionan mal y todo lo que quieres...Funcionan fatal y tardan mucho."

GC3 "Tú no puedes tardar en valorar a una persona para generar una ley de dependencia un año y una vez que la has valorado y le han dado el recurso, que la persona esté esperando cinco y seis meses a que le llegue el recurso al domicilio. Eso es demencial"

GUT1 "Hoy he tenido una señora que viene porque no puede más con su marido y quería echarle una mano, porque realmente la mujer no puede, y yo madre mía... "Yo no he tramitado nunca esto", y le digo: Pues espere un añito por lo menos"

GUT2 "Su funcionalidad mayor es generar tardanza, ya sé que lo que digo es fuerte, pero estáis hechos para generar tardanza, en la administración del siglo XXI parece que es una ordinariez, pero es que es la realidad"

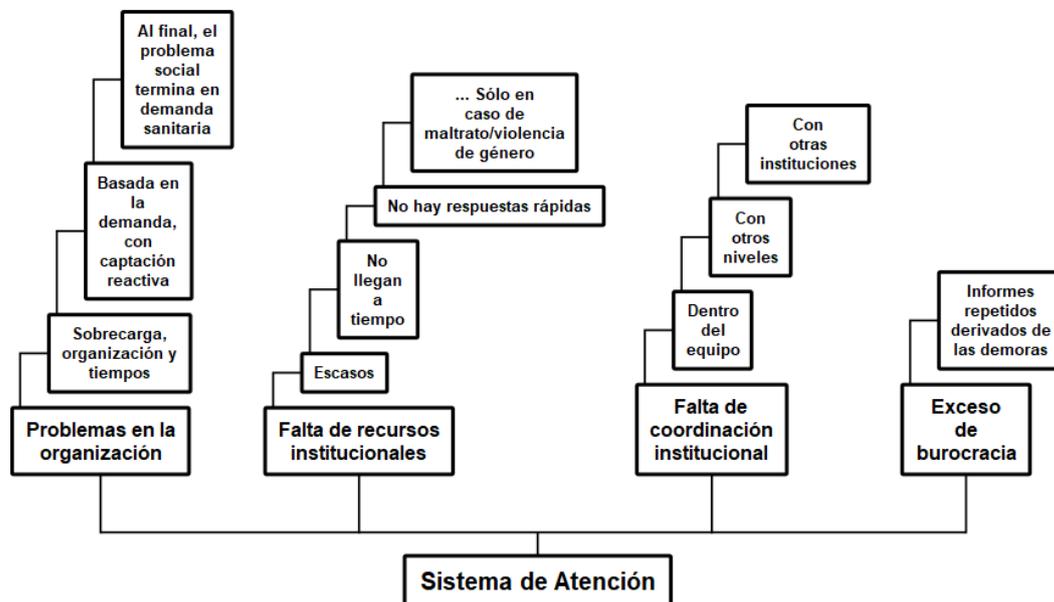
Estos dos últimos puntos, serán tratados en mayor profundidad en la descripción de las barreras del sistema.

## Barreras Del Sistema.

Junto a las barreras propias de la situación vital de la persona mayor, los profesionales de AP reconocen que existen **barreras vinculadas al sistema de atención**.

Los profesionales del estudio identificaron problemas organizativos de base (la sobrecarga del sistema, organización y tiempos; una atención basada en la demanda, con un problema importante, la captación reactiva; al final, el problema social termina en demanda sanitaria); la falta de recursos institucionales (escasos, no llegan a tiempo; no hay respuestas rápidas); la falta de coordinación institucional, además de una ausencia absoluta de coordinación interinstitucional, que no existe; y el exceso de burocracia (con informes repetidos derivados de las demoras) (Figura 22).

**Figura 22. Resumen de las barreras vinculadas al sistema de atención**



### 1. Problemas en la organización del sistema:

#### 1.1. La sobrecarga del sistema: organización y tiempos

El propio sistema tal como está planteado y organizado es, desde el punto de vista de los profesionales participantes, una barrera en sí mismo. Los profesionales así lo identificaban, tanto por la propia **organización** como por los **tiempos**. Se habla de “**sobrecarga**” del sistema.

Se reconoce que, con el personal disponible y las agendas que tienen, es muy difícil dar una atención adecuada y oportuna a este tipo de población. Consideran que son necesarias más visitas de las que se hacen a las personas mayores. Además, las zonas de cobertura son muy grandes – las trabajadoras sociales comparten varios centros de salud- y los tiempos disponibles muy escasos. Consideran que “*no están atendiendo adecuadamente*” y que “*hacen encaje de bolillo*” con la agenda que tienen. Además, las trabajadoras sociales refieren sentirse “*en tierra de nadie*” y sin apoyo de la administración.

*T1 “Yo creo que los ancianos necesitan muchas más visitas a domicilio de las que se hacen. [...] Eso relacionado como están organizadas nuestras consultas y nuestros programas. Este tipo de personas no pueden venir al centro, o hay un porcentaje de personas que no pueden venir al centro, y yo creo que no estamos atendiendo adecuadamente”*

*GUT1 “Empezando por la administración, nosotras todas las trabajadoras sociales de Córdoba capital compartimos dos centros de salud, imaginad lo que es una zona de transformación social, que es horroroso, que 5 días se te hacen cortos y si tres tienes que estar ahí y dos en otro centro en este caso, os podéis imaginar, encaje de bolillo. si queréis que haya un seguimiento en condiciones como están trabajando, eso también repercute eh”*

*T3 “ Pero nosotros estamos ahí como en tierra de nadie. Y ahora dos días aquí, tres días allí, no eres de allí, no cuentan contigo aquí porque como vas allí, de allí no cuentan contigo porque vienes aquí. No terminas de.... Es una orfandad absoluta casi.”*

*GUM1 “Pero eso pasa porque el sistema permite que se realice esto”*

*E1 “El sistema falla. Y por eso estamos aquí. Debe de mejorar. Vaya tela”*

Pero, esa organización que asigna zonas amplias y “dispersas”, además, no cuenta con el tiempo. Los profesionales identificaron la falta de tiempos. Tiempos que serían aún mayores

si se realizaran más visitas, como creen necesario los profesionales. En este contexto de “supervivencia”, es necesario estar “en veinte mil sitios a la vez”.

*GRT1 “Si la organización te tiene, como es mi caso, en veinte mil sitios a la vez, es que yo no puedo. Yo no puedo ver a una persona “en un pueblo”, que voy una vez cada 15 días y si me coincide además me toca ir y me mandan a hacer otra cosa... es que no está bien”*

*T1 “Tiempo, no tenemos tiempo y como están organizadas las consultas y los programas”*

*GC3 “Pero la carga de trabajo que tienes te impide muchas veces [...] Tenemos muchas veces la limitación de espacio y tiempo y no podemos llegar a todos y ni al 100%”*

Además, esta situación se ve agravada, cuando no se producen sustituciones de personal y los profesionales tienen que cubrir las ausencias de sus compañeros.

*GC5 “Pues estamos en un periodo de alta frecuentación donde dar soporte a este tipo de personas que no tienen una situación clínica aguda, pues... Programar visitas domiciliarias para dar ese soporte, pues ahora mismo está costando porque cuando tú estás teniendo un volumen, vamos a hablar de los enfermeros, un volumen de atención domiciliaria elevado, sustituciones no cubiertas y pues priorizas. ¿Y qué priorizas?”*

*GC3 “Pues cuando yo le digo a un compañero “oye me he llegado a ver a fulanito que te acuerdas que estaba cuidando de la mujer y tal y que hace tiempo que no tal... La situación está estable pero de vez en cuando...”. Y dice “mira es que estoy con cuatro curas mías y dos del nuevo del que no está sustituido, entonces voy un poco agobiado”*

## 1.2. La atención de la demanda: un problema importante.

Todo lo descrito anteriormente hace que **solo se atiende la demanda**, se deja atrás lo que pueda programarse. Programar visitas para prevenir problemas, o hacer seguimiento de los problemas existentes, etc. les parecía una utopía. “El devenir del día a día” los lleva más a lo agudo, a la demanda, y les hace olvidarse de lo demás.

GC3 *“Recordemos que la atención primaria tiene tanto una vertiente de prevención como del cuidado del paciente y, si tenemos prevención y cuidado, lo tenemos todo. Pero hay que ser consciente un poco que el devenir del día a día nos lleva más a lo agudo, a la demanda, y nos olvidamos más de eso. Eso es cuestión de la estructura funciona así o el sistema está organizado así y bueno, esa es una dificultad, una barrera, de cara a este tipo de pacientes”*

GC4 *“Eso si hablamos de insuficiencia, hablamos de médicos que están teniendo tres, cuatro o cinco avisos diarios, pues programarse visitas de pacientes crónicos, de pacientes en situaciones que están dentro de una estabilidad clínica pero no social pero por lo menos clínica, pues también cuesta. Entonces pues estamos cubriendo la demanda y dejamos de lado este tipo de problemas”*

GC2 *“Muchas veces es la inmediatez lo que te ahoga. El decir he resuelto esta bola en un día, dos días, o un viernes a las dos de la tarde”*

GC3 *“Bueno pues tengo un marrón, como vulgarmente dicen, muy grande y ahora, ¿cómo resuelvo yo esto? Si yo hubiera seguido esto de una manera más o menos, no muy intensiva, pero no olvidándome del caso este, con llamadas telefónicas, visitas de vez en cuando, contacto con la familia... El contacto telefónico para cualquier problema de salud, a lo mejor quizá no hubiéramos llegado a este punto”*

GUM2 *“Lo primero es detectarlo a tiempo, hay muchos pacientes que tú dices, si es que no sé cómo vive, no sé con quien vive, ¿Vive sólo?, tiene 80 años, ¿Se hace la comida?, ¿Cuida de su mujer?, ¿Qué hace?, [...] Eso no te da tiempo, pero eso sí que es verdad, que te puedes informar y que vayan a ver ese hombre a ver como esta y le echen un vistacillo a partir de ahí a lo mejor si haríamos más cosas, lo que hay es que detectarlo antes. ¿No? a lo mejor si lo detectamos antes los problemas podrían ser menores”*

Un problema específico y especialmente importante de esta atención a demanda es lo que ocurre con la captación de esta población en riesgo social. **La captación e identificación es reactiva, no proactiva.** Se identifica, muchas veces, de **forma tardía**, y por lo tanto con un

grado de complejidad elevado. No obstante, dentro de esta captación tardía, podemos identificar situaciones diferentes que requieren abordajes diferentes.

*T1 “Porque aquí la gente viene muy corriendo. Cosas puntuales: la cama articulada, la silla, la cita de no sé qué... Y le vas dando historias y dices, pero, el día a día de la abuela, ¿cómo es? ¿Va alguien por la mañana? ¿Lo llaman por teléfono? ¿Quién llama? ¿Quién va, quién no va?”*

En la primera de ellas, “**no se conoce el caso**”, permanecen ocultos, ya que hay mayores que no demandan asistencia. Es el caso de aquellos mayores que, entre otros motivos, **no reconocen tener problemas** de forma que, cuando llegan al centro de salud, los profesionales no conocen nada de ellos. No aparece nada en su historia, ni tratamientos, ni problemas de salud asociados, etc.

*GC1 “Es que los casos que yo he conocido no te demandan asistencia es que es más los casos que yo he conocido, no considera que tengan ningún tipo de problema, ni social ni sanitario ni nada, ellos dicen que están bien. Diagnósticos nulos, tratamientos ningunos, a lo mejor en algún momento han tenido una hipertensión que no está tratada, se le insiste que tiene que venir a una consulta de enfermería y no quieren. Y es un problema, a muchos al final le da un ICTUS o le daaa”*

*GC2 “Además, ya te digo, por el día a día, por la demanda nos vamos arrastrando por eso y el paciente como generalmente está en su casa, no va a venir aquí a la consulta. El que viene tres o cuatro veces a la semana a la consulta lo veo, pero este que no dice ni pío ni lo veo. Cuando viene es que ya ha reventado todo”*

En otros casos, los mayores permanecen ocultos – no son conocidos por los profesionales – porque ese “no querer nada” es que **no quieren que entres en su vida**.

*GUGC1 “no quiere que tu entres en su vida, en su ámbito, en su vivienda, que no entres en nada, con lo cual lo va dejando, lo vas dejando y el problema al principio es pequeñito, se va dejando, el problema ya es más grande posible”*

Otras veces, la captación es tardía porque no hay familia y **son los vecinos los que acuden** al centro de salud y dan la voz de alarma al observar conductas en el mayor que llaman la atención -extravagantes, inadecuadas, desproporcionadas, etc.-.

*GC1 “Hemos tenido casos de pacientes, sobre todo eso sin recursos familiares, sin familias ninguna, en el que los vecinos, no la familia, han visto que estaban aislados”*

*T3 “Le dije al médico ‘con este, cualquier día salimos en el periódico, este hombre tiene una motosierra, los vecinos han venido a decir que está tal y cual”*

*GC1 “Porque un inicio de deterioro cognitivo hasta que ya se toma una determinación o que decisión, por ejemplo, como tú dices que te llama la atención que esta con despiste que salen en invierno con ropa de verano o con algún trastorno de ese tipo”*

*GUT2 “Yo recuerdo un caso que tuve, es anecdótico pero significativo. Una señora de unos 80 años con una escara y un estado de deterioro cognitivo ya inicial pero diagnosticado, no? viviendo sola, y sin familia en Córdoba, el hijo en Londres y bueno, saltó la alarma. Lo típico”*

En el caso de las familias, cuando llegan pidiendo ayuda es, muchas veces, cuando **ya no pueden más**. Las personas que cuidan de mayores dependientes acuden para pedir ayuda desbordadas por la situación, diciendo no poder más. Pero, además, llegados a este punto, acuden pidiendo respuestas rápidas, y este tipo de respuestas no existen en el sistema.

*GRGC2 “Pero llega un momento en que la familia va en busca tuya, exigiendo todo lo habido y por haber y lo quiero “ya” y claro, la familia está desbordá, y claro esa persona está relativamente dejá, por su parte de...”*

*T3 “A veces lo que pesa o lo que ‘molesta’ o la falta o la inmediatez que muchas veces tienen los familiares en que se resuelvan los problemas o las situaciones problemáticas que surgen a raíz de una enfermedad o de los años que incapacitan que no tienen... y entonces, lo que quieres es ya, ahora, de hoy para ayer y que no hay término medio ni espera. Tiene que ser todo lo más inmediato posible”*

Pero, la mayoría de las veces, **los casos llegan porque se desencadena una situación aguda**, como puede ser un **alta hospitalaria** o un suceso imprevisto como una **caída, un ictus, etc.** En estos casos, la familia, conocidos o allegados acuden al centro de salud buscando, como en aquellas situaciones descritas antes, respuestas rápidas.

*GC5 “Tuvimos un caso, una señora que, además, entré yo porque era un alta, que es como muchas veces entran los casos”*

*GRT1 “Cuando los problemas llegan ya... por ej el otro día, una persona que le ha dado un ictus y que le van a dar el alta y que su casa no está... y su casa está de mierda hasta aquí... antes no, antes ese problema no lo conocíamos”*

*GC2 “Que son la típica gente que está bien o, el típico caso de la persona que le da un accidente cerebrovascular y del día a la mañana cambia la situación totalmente”*

En definitiva, la mayoría de las referencias descritas por los participantes, el problema social estaba desde hace mucho tiempo, esperando que un acontecimiento desvelara su existencia - un problema agudo del mayor, un comportamiento extravagante, un cuidador que “revienta”- . Todo ello no es sino un síntoma de la infravaloración de estas situaciones, por el sistema, pero también por la propia sociedad.

**1.3. Las situaciones sociales terminan siendo un problema para los sistemas sanitarios.**

El inconveniente es que ignorar estas situaciones sociales termina siendo un problema para el sistema sanitario, porque muchos problemas sociales, como el aislamiento, la falta de recursos económicos, de redes de apoyo, etc. desencadenan un problema de salud. Son problemas que van de la mano y no son fáciles de resolver, así lo exponen los profesionales:

*GC6 “Es una línea continua que va en ambos sentidos, un problema de salud que se acaba convirtiendo en un problema social porque aparecen dependencias y disminución de capacidades funcionales, pérdida de autonomía y demás y que a la vez se convierte en un problema clínico porque no tenemos soporte social adecuado para dar cobertura a esos*

*cuidados. Entonces acaba precipitándose en problema, caídas que no deberían haberse dado, manejo inefectivo del régimen terapéutico y aparecen ictus, entonces bueno... Es una línea continua en ambos sentidos"*

*GC2 "Los problemas sociales también son parte de los problemas de salud, entonces devuelvo la pelota, qué hacemos, a ver cómo seguimos, yo estaré ahí detrás, mientras los servicios sociales que, a lo mejor son los que tienen que resolver finalmente el problema"*

De esta forma, **el problema social se convierte en una demanda de respuesta sanitaria**, y es que la falta de respuestas desde los servicios sociales tiene una repercusión directa en el sistema de salud, con mayor consumo de recursos sanitarios y el consecuente aumento del gasto sanitario.

*GC2 "Hablando del problema social de esta señora que te cuento del maltrato, todos los días teníamos un aviso a domicilio de la señora, cada dos días llamaba a urgencias, con desplazamiento de ambulancia, por somatizaciones, por dolores, porque me duele el corazón, era una somatización continua de la señora. Ella no sabía cómo resolver el problema y somatizaba. Lo que hacía era, que alguien le echara una mano. Claro que provoca más gasto"*

*GC3 "Que cuando ha llegado la ayuda, ya había fallecido el paciente, y con una sobrecarga para la familia, para el vecino y para todo el mundo, de cuidados de ese paciente. Claro que he tenido, experiencias, más de una"*

*GC3 "Y problemas de salud que no se resuelven van a generar más dependencia, con lo cual vas a generar también más gasto. Evidentemente. Está el problema del cuidado, si no tienes un buen cuidado, también vas a generar más gasto. Al final generas más gasto"*

*GC5 "Si no tienen una persona, esta mujer tiene algo de recursos económicos y han contratado a alguien que vaya al mediodía y por la noche, pero no puede contratar a una persona que vaya 24 horas, que es lo que necesitaría porque esta mujer deambula con un andador, tiene movilidad reducida y esta mujer tiene un riesgo de caída bestial. Ha tenido dos consultas*

*recientes a urgencias por caídas, contusiones sin fractura por suerte, pero claro, no hay recursos sociales para dar cobertura a este tipo de personas de manera rápida”*

*T2 “Para caso que te encuentras realmente que necesitan la solución en ese momento, pero no plazos tan enormes de 26, 28 meses. Eso me parece una barbaridad, pero sobre todo el tema de que se pueda tramitar de urgencias. Es que te las ves y te las deseas para un ingreso residencial, sobre todo desde hospitalización, que es cuando ya los tienes ahí, que dices, es imposible que vaya a su casa ya solo. Y no hay manera”*

*GC3 “En el momento que soluciones el problema social, o bien porque se le busca un recurso a domicilio o se le saca del domicilio, o bien al paciente no está, que son las tres opciones que tienes, hasta que no se solucione eso, no se va a solucionar el problema, va a ser un paciente que va a generar una rueda en la que vamos a estar todos pendiente de eso”*

Además, los profesionales describían situaciones en las que las características del caso – en zonas rurales- suponen un aumento de la demanda asistencial en el domicilio.

*GC1 “Si, nosotros tenemos un caso que llama todos los días a su médico de familia, en una aldeíta. Y además hay que ir en coche porque está a 4 o 5 km del departamento este. Y llamaba todos los días a su médico, y ya parece que no llama porque se ha conseguido que consienta tener una chica interna”*

En otras ocasiones, es el hospital el que sufre las consecuencias de la insuficiencia del sistema social, describiéndose casos en los que el hospital se utiliza como “recurso residencial” cuando no hay posibilidad de responder con cuidados en domicilio o se necesita una residencia.

*GGC1 “Yo cuando me encuentro ya un problema en una persona mayor con riesgo social, sola que ha tenido un ingreso, es que directamente llamo al hospital y le digo, que no salga de allí que a su casa no puede volver. Si me estás contando la situación en la que está, que tendréis que buscarle algún recurso”*

*T2 “A no ser que sea un ingreso en una unidad de agudos, un ingreso de manera involuntaria en algún centro o lo que sea, pero eso ya suelen hacerlo desde el hospital. Cuando*

*saben que van a dar un alta y que esta persona va a estar totalmente desatendida, entonces desde ahí se gestiona”*

*GC4 “Pues al final cuando hay un problema de salud agudo o importante se acaba resolviendo acudiendo a urgencias con una hospitalización, ¿vale?. Y una hospitalización que no se prolonga por el riesgo social que supone sino una hospitalización que resuelve la situación aguda y luego si el paciente no consiente ir a un respiro familiar o a una residencia, pues el paciente vuelve a su entorno, a su domicilio. Hay situaciones que no se resuelven”*

## **2. Falta de recursos institucionales.**

Uno de los grandes problemas del sistema es la falta de recursos institucionales. Los profesionales refirieron, claramente, que estos recursos son **insuficientes**.

*GC2 “es que no hay recursos sociales, si no hay dinero para sanidad no hay dinero para lo social. Y además que no hay ahora y no va a venir, porque la población va a envejecer mucho más, y si ahora ya se tiende a que el cuidado del paciente sea en domicilio, porque no hay recursos para tenerlos en el hospital, si hay altas precoces porque no hay recursos para el hospital, y se tiende a que la gente con un alta precoz vaya a su casa y que lo entienda su familia, no tengo que contar lo que va a pasar.”*

*GGC2 “La gente quiere que el sistema se lo ponga todo, todo. Y es que no hay recursos, no tenemos esos recursos.”*

Pero, sobre todo, los profesionales referían que son **inoportunos**. Respecto a la (in)**oportunidad** de los recursos, los profesionales reconocían que llegan **tarde**, en algunos casos, **demasiado tarde**, cuando el mayor ha fallecido. Es algo que llega a entenderse “como normal”

*GC3 “Se solicitó la ley de dependencia y cuando llegó, ya había fallecido el paciente, después de un año y medio, cuando me encuentran, “¡sí, sí, la ayuda, como con mi padre, que cuando llegó ya había fallecido!” No puede tardar año y medio”*

*T2 "Muchas veces es la familia, no es que se muere antes. Es que es la triste realidad, que se muere antes. Yo no sé los porcentajes, pero vamos, te puedo decir ahora mismo, que sobre todo entre las medias de 85-90 años, yo digo que más del 60-70% de las personas no les llega el recurso porque se mueren antes"*

*GUT1 "Ese hombre si se hubiese ido a una residencia, pues yo qué sé, a lo mejor, hubiéramos controlado algo, y fue un despropósito todo, la ayuda a domicilio la tenía, el hombre iba más veces de la ayuda a domicilio, pero aquello... se murió. Igual porque se tendría que morir, pero mal rollo porque, ¿para qué? ¿Para qué lo operas? ¿Tú has ido a la casa? ¿Tú has ido a la casa"*

*GUT2 "Y me puse a pensar sobre la inmediatez de las respuestas y sobre la honestidad, la sinceridad que hay que tener a todos los niveles a la hora de decidir "esto se va a hacer así" para realizar la atención adecuada, en el momento oportuno. Lo mismo que una justicia lenta no es justicia, una atención a la dependencia lenta no es atención.. es reírse de la gente"*

El fallecimiento llega a ser percibido, a veces, como "la única solución posible". La ausencia de respuestas institucionales hace que los profesionales deseen que acabe pronto la situación, les supone un desgaste emocional tan importante que llegan a pensar que lo mejor es que fallezcan.

*GC3 "A nivel mío como profesional, muchas veces pienso, cuando salgo de un domicilio... que acabe pronto este hombre, porque la solución que veo es tan difícil que pienso que la mejor solución sería que acabara pronto, ¿no? Porque dices, esto va a ir a peor, no se va a solucionar, porque ves que no hay respuesta, ni familiar, ni social"*

Reconocían que esta tardanza deriva de la **lentitud de todo el proceso**, que la ley de la dependencia no va, que las respuestas por parte de servicios sociales y servicios sociales comunitarios no son rápidas.

*T2 "Pero, claro la ley de la dependencia es que va muy mal, porque la valoración tiene que hacerla la Junta, el servicio lo presta comunitaria... y tú estás en medio. Desde comunitaria*

*se dice nada más llegar la valoración de la Junta, en la Junta se acumulan los expedientes porque, como en todos lados, falta personal, y al final, tú te quedas con la patata caliente y muchas veces eres quien da la cara con la familia”*

*T1 “Pues eso te estoy diciendo, que saben que no las tienen. Hay que desarrollar, y profundizar mucho más en ese ámbito. Que parece que lo social”*

*GUT2 “Su funcionalidad mayor es generar tardanza, ya sé que lo que digo es fuerte, pero estáis hechos para generar tardanza, en la administración del siglo XXI parece que es una ordinariéz, pero es que es la realidad”*

*T3 “O dos años como han estado los expedientes de dependencia parados, como han estado. Dos años enteros. Porque bueno, porque hubo una modificación de la ley y estuvieron dos años enteros, para la dependencia”*

*T2 “Hasta que no llega una resolución con el número de horas, los servicios sociales no pueden con el servicio, y muchas veces esa carta tarda meses y meses en llegar”*

Además, reconocían que este retraso no solo se produce para la valoración, también se tarda en obtener respuesta tras una valoración favorable.

*GC3 “Tú no puedes tardar en valorar a una persona para generar una ley de dependencia un año y una vez que la has valorado y le has dado el recurso, que la persona esté esperando cinco y seis meses a que le llegue el recurso al domicilio. Eso es demencial”*

*T2 “Pero, claro la ley de la dependencia es que va muy mal, porque la valoración tiene que hacerla la Junta, el servicio lo presta comunitaria... y tú estás en medio. Desde comunitaria se dice nada más llegar la valoración de la Junta, en la Junta se acumulan los expedientes porque, como en todos lados, falta personal, y al final, tú te quedas con la patata caliente y muchas veces eres quien da la cara con la familia”*

*GC5 “Porque luego, te digo la verdad, por más que intentas solucionar algún problema por los servicios sociales, es muy complicado”*

*GUT2 “La ley de protección de ayudas, de Los servicios sociales son ayudas, pero no de personas, pero en verdad no resuelve”*

También referían que las actuaciones del sistema judicial no son diferentes, según los profesionales participantes *“la justicia tampoco va”*, y *“parte por lo que nos pasa al resto viene dada porque hay una laxitud en el terreno judicial”*.

*GUT2 “Para mí un área que se tiene que replantear y que si de mí dependiera, ya, yaj.. el papel que tiene tan importante en gestión de cuestiones en primer orden, en derechos humanos al envejecimiento, es el área judicial. Parte por lo que nos pasa al resto viene dada porque hay una laxitud en el terreno judicial”*

*GUT1 “se informó al fiscal de mayor al fiscal, con fecha de entrada desde diciembre o por ahí, y todavía estamos esperando que... el fiscal... te digo, que y una impotencia y que vamos... Tampoco lo que hay se gestiona con facilidad, pero tampoco tienes ayuda de la administración que resuelva rápida .¿no?”*

*GUT1 “Situaciones de riesgo de su vida, hombre tenemos las trabajadoras sociales, con un informe social con el médico, se puede hacer...que... Yo tengo un caso gravísimo, gravísimo...la persona tiene 90 años esquizofrénico y... creíamos que se nos moría por la situación.. no económica, porque es una de las personas más ricas de toda Córdoba, y... se informó al fiscal de mayor al fiscal, con fecha de entrada desde diciembre o por ahí, y todavía estamos esperando que... el fiscal... te digo, que y una impotencia y que vamos...”*

En este contexto, los profesionales decían sentir que no pueden hacer nada para que esto cambie, que llaman por teléfono e insisten, pero que hay que esperar. Y esto es así hasta, incluso, en los casos en los que los profesionales creen que no se puede esperar.

*GC3 “Yo creo igual que nosotros, lidia la enfermera, lidiamos todos... Y el médico, porque el médico está con las manos atadas frente a la situación de un paciente que no puede tomar bien la medicación porque está solo con el tratamiento, y por tanto aumenta la patología... Estamos todos ahí”*

*T1 “Ese hombre si se hubiese ido a una residencia, pues yo qué sé, a lo mejor, hubiéramos controlado algo, y fue un despropósito todo, la ayuda a domicilio la tenía, el hombre iba más veces de la ayuda a domicilio pero aquello... se murió. Igual porque se tendría que morir”*

La realidad es que **no hay respuestas rápidas ni en casos urgentes**. Los profesionales reconocían haber vivido situaciones en las que se presentaba una situación repentina, como una enfermedad aguda, o un accidente de la persona cuidadora, y no haber podido hacer nada.

*T3 “Si el cuidador de una persona con una demencia grave cae enferma, de una fractura, o lo que sea rápido que hay que resolver y no tiene quien cuide de esa persona con demencia, ¿qué hacemos con esa persona? De hoy para ya, para esta tarde, que ha pasado esta mañana que se ha caído en la calle, que le ha dado un lo que sea o... Y hay que resolverlo sí o sí, y hay que liar una cosaaaajjj , que si la comisión porque hasta que la comisión... todo enfocado y todo canalizado a través de los servicios sociales comunitarios del ayuntamiento de Córdoba, que también han ido a menos y a la mínima, y a menos personal y menos trabajadores sociales”*

Otras veces, y aunque los profesionales valoren la urgencia de una situación, no se puede hacer nada porque es la decisión de la persona mayor o de la familia. Son situaciones complejas y de riesgo en las que se acude a fiscalía. Pero tampoco se consigue nada.

*T2 “La trabajadora social anterior mandó un informe a fiscalía y el fiscal dijo que si esa es su manera de... que si ellos querían vivir así, él no estaba para incapacitarlos”*

Los profesionales solo reconocieron **respuestas rápidas** en caso de **maltrato**. En estos casos, **hay protocolos** que hacen que se actúe sin demoras.

*GC2 “Entonces se puso la maquinaria rápido, porque de aquí a un tiempo esta mujer muere, porque era fractura de brazo, fractura de muñeca, golpes en la cabeza, derrames oculares... Entonces como era todo muy seguido, pusimos todo en alerta y la verdad que la respuesta fue buena, tanto la administración, como el sistema sanitario... “*

### 3. Falta de Coordinación.

La falta de coordinación aparece como una de las grandes barreras dentro de los discursos de los profesionales.

*GUT2 “De todas maneras, y acabo con el tema de la coordinación, que es una herramienta sustanciada en mi profesión como trabajo social. Yo llevo más de 30 años trabajando en esto, y 30 años que he estado muy manta (pesada), ¡Vamos a coordinarnos!”*

*GUT2 “Y no hay quien logre establecer unos sistemas de coordinación como dios manda. Que eso es una cosa normalita, de racionalización de lo que hacemos, que es sentarnos y escribir lo que hacemos”*

Dentro de esta falta de coordinación se distinguen: problemas en la coordinación dentro del propio equipo de atención, problemas en la coordinación con otros niveles asistenciales y, finalmente, problemas en la coordinación con otras instituciones.

La falta de coordinación **dentro del equipo** viene caracterizada por la falta de una accesibilidad fácil y las barreras de comunicación, en caso de necesidad. En ocasiones, la dificultad de los propios casos hace que los casos sean una “bola que se pasa de unos a otros”. Por eso, reconocen que es necesario “dar la lata”, porque te encuentras profesionales “que pasan”. Además, reconocen situaciones en las que no se toman en serio los problemas sociales (“con una pastillita” te los quitas de enmedio) y otras, en las que se les crea unas expectativas irreales (que complica después el abordaje real a la persona que se encargará de ello).

*GUGC2 “Pero que no tenemos esa coordinación, no la tenemos, tú sabes que la respuesta que tienes que dar es una negativa y sabes que...por no darla, eso sí que es una bola”*

*E1 “El médico se lavaba las manos, él no iba a verlaaa. Y yo me vi... sola, porque... cuantos años nos tiramos.. eh? Desde que iba a ponerle la insulina todos los días.. Eh? Todos los días, todos los días, todos los días... a ponerle la insulina. porque fueron años, fueron años, porque hasta que no vino, la pura verdad, hasta que no vino este director, y la coordinadora nueva, que fueron los dos allí, y ya.. y aparte, yo no se si los papeles estaban movidos de antes, yo eso ya no*

*lo sé. Pero estos dos se plantaron allí (la dirección). Vieron el panorama que había, eh? Y entonces ya, al poco tiempo, yo creo que fue al mes, o algo así, al mes, se solucionó el problema”*

*GUGC1 “De la coordinación con el equipo, depende de con quién estés trabajando, un ejemplo es el trabajador social.. Ya, pero y si se han olvidado de ellos, ¿qué hacemos, también nos olvidamos nosotros?, pues por eso hay que dar la lata. Es que esta actitud es la que vale ¿no?. Va a pasar, que te encuentres profesionales que es que pasan”*

*GUM1 “Bueno y nosotros que podemos hacer si estamos en un centro de salud, que nos llega a nosotros, donde traen mucha patología y muchas cosas asociadas. ¿Estamos coordinados? ¿Sabemos cómo actuar?... Venga toma una pastillita venga vamos vete a tu casa”*

*UGC2 “¿Quién te ha podido informar de esto? - y han sido compañeros nuestros, entonces claro, genera unas expectativas, que qué expectativas estamos generando en la población, quien me puede informar de esto, las expectativas que generamos a la población, que ese también es un problema”.*

Otro gran problema para la coordinación dentro del equipo es el **acceso a la información** del mayor en la historia de salud, pues ésta está limitada por el perfil profesional. No todos los profesionales tienen acceso a la información que necesitan de la persona que atienden. La historia social es independiente de la historia de salud. Los trabajadores sociales no tienen acceso a la historia de salud y tienen que contar con la colaboración del resto del equipo.

En lo que se refiere a la **coordinación con otros niveles asistenciales**, con el hospital, fundamentalmente, el principal problema viene derivado de unas altas hospitalarias que ocurren sin que se haya valorado quién habrá en casa para cuidar de esa persona.

*T2 “En el hospital nadie piensa cómo vive ni con quién vive, le dan el alta y se lo llevan a la casa”*

*T1 “El número de plazas que hay, ¿dónde están? A mí me gustaría que se hiciera un censo, por ejemplo, un mes, ¿cuántas altas hospitalarias que salen del hospital precisarían de un recurso? Hablando desde el mismo concepto de cuidados. Que te diga el médico que lo ha*

*operado cuánto es la convalecencia, qué tipo de cuidados permanentes hay. Dime cuántos salen al mes?”*

*T1 “Pero mal rollo porque, ¿para qué? ¿Para qué lo operas? ¿Tú has ido a la casa? ¿Tú has ido a la casa? Es que no podía volver a la casa, si es que aquello no reunía condiciones, no la casa, sino que ¿este hombre qué necesita?”*

Finalmente, y en lo que se refiere a la **coordinación interinstitucional** (con servicios sociales y servicios sociales comunitarios o fiscalía), los profesionales reconocían que existe una burocracia exagerada, con muchos estamentos e instituciones implicadas y, en definitiva, con barreras para la resolución de los problemas. A pesar de todo, reconocían que estas dificultades se liman en parte, porque “ya se conocen de tiempo” y “hay sintonía”. En definitiva, “tienen la misma dificultad que nosotros”.

*GUT1 “Yo no tengo herramientas en el ordenador para estar coordinada con servicios sociales, ni con... para ver”*

*T2 “Ahí es complicado porque, claro, es lo que estoy diciendo, no es nuestro, entonces son derivaciones, ponerte en contacto con la Junta, intentar que hagan una valoración rápida, contactar con los servicios sociales. Intentar que hagan cuanto antes el (PIA) poner cuanto antes el servicio, pero claro, es que hay muchísimo trámite burocrático”*

*GUT2 “Es que en el ámbito judicial hay una costumbre de inhibirse respecto a hacer que se cumpla la ley, y es que los hijos se hagan cargo de los padres. Vamos y ya he contado anécdotas, que son ilustrativas de que no tienen herramientas para disuadir, para que la población haga el desahogue que esto como no lo hagas pasa esto, porque también esa faceta es importante que este activa”*

*GUT2 “Y empiezas a hacer círculos de recursos de dentro hacia fuera, los últimos somos nosotros, los recursos formales. Pero cuando el eje de los derechos no está suficientemente garantizado por el ámbito judicial que no lo están, todo lo demás baila”*

GC2 *“Acudimos, nos conocemos (servicios sociales comunitarios) y hay muchos casos antes que no había trabajador social en el centro, teníamos que trabajar con ellos sólo y exclusivamente, entonces tenemos relación de tiempo y hemos llevado casos conjuntamente y hay buena sintonía y tienen la misma dificultad que nosotros: ofrecen los recursos que tienen”*

GUT1 *“La ley de protección de ayudas, de Los servicios sociales son ayudas, pero no de personas, pero en verdad no resuelve”*

#### **4. El exceso de burocracia.**

La existencia de muchos estamentos e instituciones implicadas en el proceso, sumado a las demoras que este proceso acumula, hace que la burocracia sea un problema importante para los profesionales de AP.

La **burocracia** aparece como barrera para poner en marcha cualquier gestión. Son demasiados trámites, incluso para coordinarse dentro del mismo equipo.

E1 *“Haz un informe” y era hacer informes, hacer informes, hacer informes...eso ya también te aburre, porque estas topando con toda una barrera., o no?”*

Además, los profesionales reconocían que las situaciones complicadas “no se resuelven por más informes que se realicen”.

GC6 *“Pues te encuentras nada más que trabas. Yo voy, hago mi informe, voy con mi compañera enfermera, me lo dice y tengo que ir. Había ido la vez anterior, había visto la situación y tal, habíamos hablado con el sobrino a ver si metían a alguien que le ayudara a limpiarla y tal y la casa que la pusieran bien. Pero ya cuando la escopeta, vuelvo a ir con ella y hago mi informe, porque a mí ya me habían dicho una cosa y yo ya se lo dije al director. Digo mi informe queda escrito, de lo que me ha dicho la enfermera, lo que he hablado con el hombre... Es que nos vamos a meter en un lío. Tú sabes también lo que pasa, trabajadora social...”*

Pero, además, la falta de respuestas, como indicábamos anteriormente, hace que haya que repetir y repetir los informes. Este es uno de los temas más repetidos por los profesionales participantes en el estudio. Hay demasiadas mesas en las que poner el informe y los

profesionales se quejaban de que no tienen “ni idea” o “no entienden de la misma manera el problema”. Es un trabajo realmente complicado.

*GRE2 “Lo ha visto la enfermera, lo ha visto su médico, está claro lo que hay, pero es que hay que ponerlo en otras muchas mesas de otras personas que a lo mejor no entienden de la misma manera el problema. Y eso es un sobreesfuerzo, nosotros tenemos que preparar informes aparte porque ellos no pueden mirar diraya, es que no tienen idea...es que es un trabajo complicado...es complicado.. mucho la burocracia”*

*E1 “Porque a mí nadie, nadie... me daba solución. Yo venía y nadie me decía... que solución había. Solamente “que haga un informe”, Hacia un informe, pero es queeee... que mira la Antonia, era lo que tu veías...que mira la Antoniaaaaa. Que haga un informe, yo decía... pero que tantos informenes..... o no?”*

*GRT1 “Y eso es un sobreesfuerzo, nosotros tenemos que preparar informes..., es que no tienen idea...es que es un trabajo complicado...es complicado.. mucho, la burocracia”*

*T2 “Ahí es complicado porque, claro, Intentar que hagan cuanto antes el PIA, poner cuanto antes el servicio, pero claro, es que hay muchísimo trámite burocrático”.*

### Barreras De Los Profesionales Que Atienden A La Persona Mayor En Riesgo.

Junto a las barreras propias de la situación vital de la persona mayor y del sistema, los profesionales de AP reconocían que existen barreras vinculadas con su propia práctica. Entre estas barreras o problemas destacan: el **paternalismo y otras actitudes** profesionales; el **desconocimiento de los recursos**; la **falta de formación** a la hora de gestionar los problemas que presentan las personas mayores en riesgo; y la **falta de habilidades de comunicación** con la persona mayor/ familia, o incluso entre el equipo (Figura 23).

Figura 23. Resumen de las barreras de los profesionales



#### 1. El paternalismo y otras actitudes profesionales.

Los discursos de los profesionales dejaban ver un **rol paternalista y protector** que, además, ellos mismos reconocen. Los profesionales recomiendan lo que consideran que le conviene a la persona. Se hacen propios los casos, refiriéndose a ellos desde un punto de vista personal, con el uso del pronombre posesivo “mí- mío” haciendo referencia a las personas que tratan.

*T1 “A ver qué queremos hacer? Nos da mucha pena que los abuelos están solos, que se mueren solos, pero bueno... Digo yo, socialmente, yo quiero que mis abuelos tengan mínimas condiciones y si tengo un abuelo que ya no se puede lavar, por favor, que vaya alguien y lo lave”*

*GC1 “Pobrecito mío, pobrecita no ve bien y no ve bien encender el butano, entonces pues...”*

GC2 *“Yo, cuando hablo con ellos, yo les digo mucho lo que ha dicho la compañera, que se vayan a una residencia, o sea que yo no sé si mis consejos les ayudan. Pues ha habido gente que se ha ido a una residencia”*

T1 *“Pero como profesionales, les digo que “a mí me gustaría que usted viviera en otras condiciones. Lo repito 80 mil veces”*

GC1 *“Ellos están bien, muchas veces nosotros nos empeñamos en cambiar cosas que ellos no quieren cambiar, porque ellos están bien”*

Junto a esta actitud paternalista, los profesionales reconocían la **implicación tanto personal como colectiva** que llegan a adoptar con las personas mayores. Se sobrepasan barreras personales. Te implicas emocionalmente, más allá de lo terapéutico. Y reconoces la fortaleza de trabajar en equipo, “todos a una” como la única forma de poder ayudar a estas personas en las complicadas situaciones que viven.

GC4 *“Te ves en ese papel claro y dices Yo le organicé, me senté con él y le dije “mira tú tienes que cocinar cocido, lentejas, habichuelas, sopa y por las noches pues procura hacer un puré de verdura con carne y con pescado y con un poquito de huevo”... Quiero decir, que te metes ya en unas tareas que estás llegando a... que no solo es dar información nutricional, es decirle como tienes que hacer las croquetas (risas)”*

GC2 *“En ese aspecto sí que saca la bandera de que se responde, no somos tan inhumanos como parece, que parece que la administración es un muro de inhumanidad y no, porque la administración está compuesta por personas. Y por cuatro profesionales que, bueno, que tienen claro cuál es su función y la desempeña”*

GC2 *“Sí, muchas veces yo utilizo mucho la técnica de devolver la pelota, es decir, yo asumo parte, pero, ¿tú has hecho tu parte? ¿Has hecho todo lo que tenías que hacer como profesional? O, ¿tienes un problema y salgo corriendo y que lo vea otro? Muchas veces, esa es la actitud, la de salir corriendo, que a veces, a todos nos da ganas de salir corriendo, pero bueno, no puedes”*

*GC3 “Hay mucha variabilidad en cuanto a lo que es el apoyo o el seguimiento por parte de otros profesionales. El bastión fundamental de estos pacientes es el equipo de atención primaria.... Hay equipos que tienen clara su función, su misión dentro del sistema y son sensibles a esas necesidades. Porque muchas veces, dedicamos mucho tiempo a cosas que no lo requieren tanto”*

No obstante (y esta es la barrera), reconocían que también **existen personas y entornos en los que esto no sucede**, y esto redundaba en una peor atención a la población.

*GC3 “Hay equipos de atención primaria super competentes que van solos y otros que tienes que asumir un poco ese déficit de atención por parte de ese equipo de atención primaria. Esa es la realidad”*

*GC5 “Si hay que hacer un informe directamente a la fiscalía para que tomen medidas... los médicos te ponen pegadas, la trabajadora social te pone pegadas. Es que nos metemos en esto para luego nada, pero es queeee...”*

*GUGC2 “Yo creo que también es muy importante querer ver, que también hay muchas que no quieren ver por lo que le puede suponer. El dar conocer la situación lo que le puede implicar y eso sí que es verdaderamente lamentable, que es verdad que hay situaciones que están ahí y que es más fácil mirar para otro lado”*

## **2. El desconocimiento de los recursos.**

Desde el punto de vista de los propios profesionales, uno de los principales problemas que tienen los médicos de familia y las enfermeras es el **desconocimiento que tienen de los recursos existentes**. Están acostumbrados a derivar estos casos a la trabajadora social y a la enfermera gestora de casos para informar de recursos, de forma que reconocen no saber cómo abordar este tipo de situaciones.

*GUGC2 “Yo la verdad es que desconozco, y no sé qué recursos, y hasta seguramente los confundiría. Es verdad que yo cuando me encuentro con el problema, digo pues mire yo*

*desconozco los recursos que predispone la junta para ayudarle, es trabajo de una trabajadora social”*

*GUM2 “Tengo una trabajadora social pues que nos organizamos muy bien, muy accesible, muy cercana... Mi enfermera, la enfermera gestora de casos que tenemos se encarga de hacer un seguimiento de todo el centro”*

*GRE1 “El tema que yo me encuentro es cuando el problema, es cuando, esta persona no tiene recursos. Qué hacemos con esta situación- ¿cómo abordo esta situación? -es una pregunta para los trabajadores sociales.”*

*GUT2 “Bueno, de estos casos que aparece la alarma, y no sabía qué hacer con esto, [...] el médico aparece agobiado, me dice ¿qué hago con esto?”*

Enfermeras gestoras de casos y trabajadoras sociales referían, incluso, que los médicos de familia y las enfermeras **llegan a desconocer cuales son realmente sus funciones y a qué se dedican.**

*GRGC2 “nuestra categoría profesional está un poco invisibilizada, hay muchos profesionales que no conocen nuestras funciones. De hecho, en una sesión de formación que di en el centro de salud, tuve que hablar de mis funciones” “Tienes que darte a conocer”*

*T3 “Después de 20 años [...] y me dicen ‘bueno, tú que eres la trabajadora social, y bueno tú, ¿a qué te dedicas exactamente?’ Y dices, ‘¿cómo, perdona?’. Después de 20 años yo trabajando, ¿te voy a explicar yo a ti a qué me dedico?”*

*GC2 “Te lo derivan todo, no saben qué trabajo es el mío y cual es de la trabajadora social, me lo derivan todo. Luego vienen a verme y dicen que quieren pedir la ley de dependencia y yo tengo que derivar a la trabajadora social”*

### **3. La falta de formación.**

Otro de los problemas claramente identificados por los profesionales participantes es la falta de formación a la hora de gestionar los problemas que presentan las personas mayores en riesgo y la atención que requieren.

*GUM1 “¿pero todos? ¿Nos están formando? Yo en las sesiones de formación no veo que trabajemos en conjunto. Yo trabajo bien con mi enfermera, pero yo no veo que esto se mueva demasiado y que venga alguno a formarnos de fuera, ¿cuándo vienen las formaciones de esto?”*

*GUE1 “Porque a mí en ningún momento se me ha ofertado un curso para formarme sobre el anciano frágil o ...”*

*T3 “A lo mejor no son tanto los recursos que hay que crear, a lo mejor existen muchísimas cosas... Se han hecho tantísimas cosas en los últimos años, se han creado tantísimas cosas”*

#### **4. La falta de habilidades de comunicación.**

Un último aspecto destacado por los profesionales es la importancia de poseer **habilidades de comunicación** para abordar estos casos. Los profesionales consideran una barrera comunicarse con el usuario, y la falta de habilidades que implican falta de respuestas.

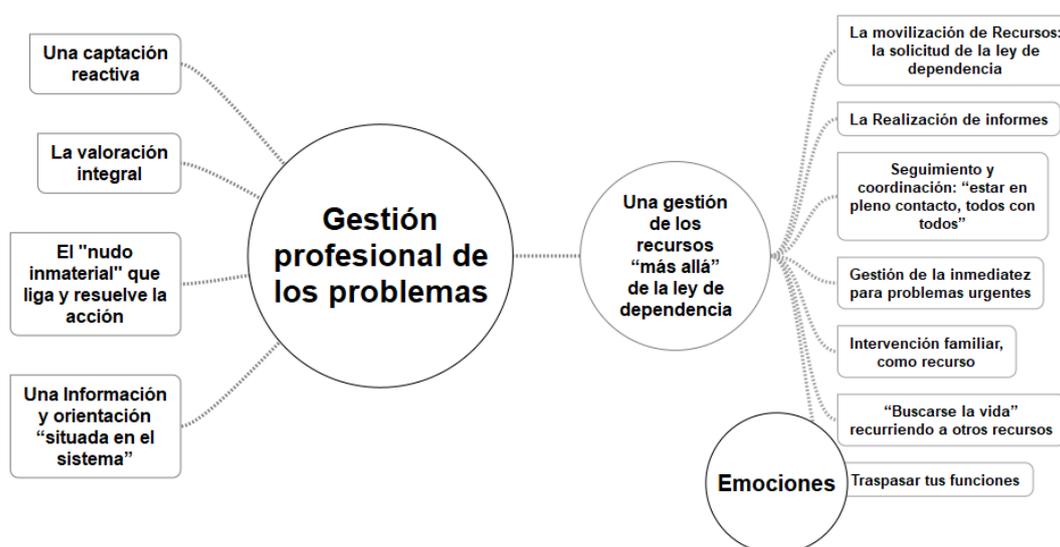
*GC2 “Una compañera decía, “por mucho que hago no me hace caso, y la situación va a peor”, lo que es la atención directa al mayor. Esa impotencia como enfermera de familia, no como gestora de casos, yo creo que también es distinto. Yo creo que es también problema de comunicación, muchas veces, es cómo comuniquemos”*

### **Cómo Gestionan Los Profesionales De AP Estos Problemas.**

Una vez identificadas las principales barreras que los profesionales de AP encuentran tanto en la situación que rodea al mayor como en el sistema, y reconocidas las barreras que ellos mismos identifican en su práctica profesional, en este apartado se describirá la forma en que los profesionales gestionan estos problemas.

Para ello, se describe el proceso de actuación que seguirán, desde la identificación del caso hasta las últimas actividades para la resolución, en cualquiera de sus posibles finales (Figura 24).

**Figura 24. Resumen de la forma en que los profesionales de AP gestionan estos problemas**



#### **1. Una Captación Reactiva.**

Como se indicó anteriormente, en el apartado de barreras institucionales, existen múltiples razones que condicionan que la identificación de las personas mayores en riesgo social tenga una **forma característica de respuesta: la captación reactiva**.

La sobrecarga existente en la atención primaria, que condiciona una atención a demanda; los casos ocultos de mayores en riesgo social – porque no reconocen tener problemas, o porque no quieren que entres en su vida-; o las familias que acuden a pedir ayuda cuando la

situación ya es insostenible, hace que este **carácter reactivo** sea la seña de identidad de la captación de las personas mayores en riesgo social.

*GC3 “Bueno pues tengo un marrón, como vulgarmente dicen, muy grande y ahora, ¿cómo resuelvo yo esto? Si yo hubiera seguido esto de una manera más o menos, no muy intensiva, pero no olvidándome del caso este, con llamadas telefónicas, visitas de vez en cuando, contacto con la familia... El contacto telefónico para cualquier problema de salud, a lo mejor quizá no hubiéramos llegado a este punto”*

*GC1 “Es que los casos que yo he conocido no te demandan asistencia es que es más los casos que yo he conocido, no considera que tengan ningún tipo de problema, ni social ni sanitario ni nada, ellos dicen que están bien. Diagnósticos nulos, tratamientos ningunos, a lo mejor en algún momento han tenido una hipertensión que no está tratada, se le insiste que tiene que venir a una consulta de enfermería y no quieren. Y es un problema, a muchos al final le da un ICTUS o le daaa”*

*GUGC1 “No quiere que tu entres en su vida, en su ámbito, en su vivienda, que no entres en nada, con lo cual lo va dejando, lo vas dejando y el problema al principio es pequeñito, se va dejando, el problema ya es más grande posible”*

En este contexto, la captación suele ser el resultado de una **situación aguda de salud** (alta hospital, caída, etc.) y/o cuando hay una **voz de alarma** sanitaria o social, por parte de algún profesional, familiar o vecino.

## **2. La Valoración Integral.**

Como recogen los discursos de los participantes, la complejidad de las situaciones que acompañan estos casos de riesgo social es tal que hace inevitable que los profesionales tengan que poner en marcha una **valoración integral del caso**.

Esta valoración es realizada por la enfermera o por la enfermera gestora de casos. También hay valoraciones conjuntas de la trabajadora social y la enfermera gestora de casos.

*T3 “Este hombre quizás pidió cita, pero no vino a la cita, entonces como no viene a la cita, ya, ¿quieres que vayamos juntas (a EGC) y vemos qué nos encontramos un poco no?”. En ese sentido, y ya si necesitas algo del médico o de la enfermera, por ejemplo, del examen de condiciones de salud, del seguimiento...”*

Esta valoración supone la consideración no solamente del componente biológico, sino también el cognitivo, psicológico, social y espiritual. Tener todo esto en cuenta se convierte en una estrategia fundamental de valoración. Los profesionales se implican para conocer la situación de la persona mayor que atienden

*GU M2 “Hay muchos pacientes que tú dices, si es que no sé cómo vive, no sé con quien vive, ¿Vive sólo?, tiene 80 años, ¿Se hace la comida?, ¿Cuida de su mujer?, ¿Qué hace?, [...], primero hay que intentar detectarlo y luego eso sí, hablas con la enfermera, con la enfermera de enlace, la trabajadora social [...], pero por eso , ellos tienen la posibilidad de ir a valorarlo, puede ir a la casa lo valora, mira cómo vive, como está todo, si está todo limpio, no está limpio, quien le hace la comida en su casa”*

*GGC3 “hay que intentar decir... bueno, que la familia., como lo estáis haciendo”*

*GC2 “Nos encontramos a personas que no saben manejar su medicación, por ejemplo, eso es un determinante que marca su salud, porque el paciente tenga imposibilidad de manejarlo por su problema de salud, por su grado de dependencia, por deterioro cognitivo, por movilidad, en fin, por esas cosas”*

Pero, además, no solo se valora a la persona, sino que también se tiene en cuenta todo su entorno, y no solo el más cercano – el **entorno familiar**- sino un **entorno social ampliado**, del que participan vecinos, organizaciones del tercer sector, parroquias, etc.

*E1 “Yo cuando voy a verlas (en domicilio), suelo hablarle y decirles que deben tener cuidado con los cuidadores”*

*GC5 “Valoramos al paciente, valoración integral del paciente, entorno familiar y apoyo social, estableces las prioridades de intervención en función de la situación que te encuentras y*

*activas o te coordinas mejor dicho con los profesionales que creas que pueden aportar algo para mejorar esa situación, funcional, cognitiva, social, de situación clínica porque a veces hay que abordar problemas clínicos que estaban sin abordar ¿no?”*

*GUT2 “Y empiezas a hacer círculos de recursos de dentro hacia fuera, los últimos somos nosotros, los recursos formales”*

En definitiva, las valoraciones de los profesionales de AP tienen un foco de atención muy amplio: la vivienda, la situación económica y, por supuesto, las redes de apoyo. Pero, incluso en este último punto, los profesionales señalaban la necesidad de una mirada amplia que supere la familia para dirigir su atención también a los vecinos, la parroquia, etc.

### **3. El “Nudo Inmaterial” Que Liga Y Resuelve La Atención.**

Terminada la valoración del mayor, el siguiente paso en el proceso sería la toma de decisiones sobre los recursos que pueden ofrecérsele. Pero, para ello es necesario informar al mayor, y a su familia, de los recursos que se consideran que podrían ponerse en marcha.

*GGC6: “Yo a parte como decía, informarle de los recursos Contarle esto... esto es lo que tenéis, esto es lo que hay, [...] y muchas veces incluso ayudarles y orientarles porque... y orientarlos porque muchas veces...”*

*GUGC1 “Cuando te encuentras eso aparte de darle información, derivar a trabajador social, si tiene situaciones de dependencia que tenga su reconocimiento y la información de recursos sociales que pueda haber, y bueno también hay una red de voluntariado...”*

*T1 “Porque la gente tiene que tomar esa decisión y pasar ese duelo y todos los conflictos que eso genera. Eso, hay que hablarlo y hay que tomar decisiones. Eso significa muchas entrevistas. ¿Cómo voy a arreglar esto, cómo voy a arreglar lo otro? Hablas incluso con los familiares [...]”*

No obstante, como se indicaba en el anterior apartado de “Barreras de los profesionales que atienden a la persona mayor en riesgo” **los médicos de familia y las enfermeras participantes desconocen los recursos** existentes al respecto.

GUGC2 *“Yo la verdad es que desconozco, y no sé qué recursos, y hasta seguramente los confundiría. Es verdad que yo cuando me encuentro con el problema, digo pues mire yo desconozco los recursos que predispone la junta para ayudarle, es trabajo de una trabajadora social”*

GUT2 *“Hoy he tenido una señora que viene porque no puede más con su marido y quería echarle una mano, porque realmente la mujer no puede, y yo madre mía... Yo no he tramitado nunca nunca esto”*

De esta forma, tanto unos como otras, médicos de familia y enfermeras participantes en el estudio, señalaban que **“suelen derivar estos casos a la trabajadora social y a la enfermera gestora de casos”** para informar de recursos.

GUM2 *“Tengo una trabajadora social pues que nos organizamos muy bien, muy accesible, muy cercana... Mi enfermera, la enfermera gestora de casos que tenemos se encarga de hacer un seguimiento de todo el centro”*

M1 *“Mi enfermera, la enfermera gestora de casos que tenemos se encarga de hacer un seguimiento de todo el centro”*

No obstante, de ellos, **es la enfermera la que con más frecuencia da la voz de alarma**, pues es el profesional que acude con más asiduidad a los domicilios y que, por tanto, identifica el caso.

GUM1 *“Yo derivo, ellas tienen la posibilidad de ir a valorarlo, puede ir a la casa lo valora, mira cómo vive, como está todo, si está todo limpio, no está limpio, quien le hace la comida en su casa”*

UE1 *“El usuario sólo sabe que está en mal y viene a nosotros. Nosotros seguimos, yo por ejemplo que soy enfermera, la derivo a la enfermera de enlace, y ella es la que deriva contigo (trabajador social)”*

Además de los casos derivados por médicos y enfermeras, existen personas mayores que llegan derivados de **otros niveles asistenciales, fundamentalmente, el hospital.**

*GC1 “Pues problemas, principalmente, cuando viene un alta hospitalaria de un paciente frágil, o medicamente que está bien, pero ha sufrido un evento tipo fractura de cadera que aparentemente al principio está bien y ha empeorado. [...] es derivado a través de la enfermera gestora de casos del hospital”*

Una tercera vía de entrada de casos para la trabajadora social y a la enfermera gestora de casos son los **servicios sociales centrales**. A ellos también les llegan las situaciones a través de vecinos o de la propia familia. Derivan para que sean valorados y obtener un informe de salud.

*GC6 “Te vienen los servicios sociales y te dicen yo vengo para que vayáis a ver a una mujer que vive en un casa con una que dice que es su sobrina, que la crio ella pero no es su sobrina de sangre. Pero está metida en la casa la mujer mayor, la sobrina y ahora ella ha traído a sus hijos y hay un ciento y la madre en la casa. Pues que esta mujer está en malas condiciones y tal”*

Finalmente, también existen casos que llegan directamente a la propia **consulta de la trabajadora social y a la enfermera gestora de casos**.

*GC1 “Pues entonces principalmente la familia no sabe cómo abordar ese tema y se pone en contacto conmigo, básicamente porque me conocen [...] antes de que le dieran en alta ya venía a consulta conmigo”*

Una vez valorado el caso, las trabajadoras sociales y enfermeras gestoras de casos devuelven la información, y **se deriva, de nuevo**, a otros miembros del equipo o a otras instituciones (servicios sociales, fiscalía...).

*T3 “Por supuesto, hablando siempre con su médico de cabecera, que sepa y que conozca el caso para visitar, para que se haga la visita y con la enfermera, normalmente... yo con la enfermera de familia, como están siempre a parte de con sus cupos, con la actividad que tienen de Enfermería en la consulta, porque yo normalmente con mi enfermera de enlace (EGC) puedo”*

*T2 “Entonces son derivaciones, ponerte en contacto con la Junta, intentar que hagan una valoración rápida, contactar con los servicios sociales. Intentar que hagan cuanto antes el PIA, poner cuanto antes el servicio, [...]”*

*GUT1 “yo se lo comunique al fiscal. Al día siguiente se me planta del pueblo, la sobrina, el marido y la abogada de la familia. Y le digo, mire usted, a mi me han dicho esto y yo como trabajadora social me pongo a hacer mi trabajo. Perfectamente el hombre lo comprendido”*

*GC2 “Yo creo que la experiencia te va haciendo ver lo que puedes solucionar y lo que no puedes solucionar, y a quién tienes que mandar, ¿no? Muchos son problemas sociales y vamos a ir al trabajador social, tanto del centro de salud como del pueblo o municipal. Que ellos puedan generar una respuesta. Hacen todo lo que pueden, que esa respuesta sea rápida, que es lo más difícil”*

#### **4. Una Información Y Orientación “Situada En El Sistema”.**

Este paso en la secuencia suele ser una acción llevada a cabo por la enfermera gestora de casos o la trabajadora social, pues, como se indicaba en el punto anterior, médicos de familia y enfermeras reconocen desconocer los recursos existentes.

La característica que domina esta parte del proceso es **la información y la orientación contextualizada, “situada en el sistema”**. Es decir, cuando se les informa de las opciones y de los procesos -y trámites- que hay que poner en marcha, se les avisa de “las barreras del sistema”. De esta forma, se les advierte de que no hay respuestas rápidas, que todo el proceso de “solicitud de la ley de dependencia” es un proceso largo y lento, que existen retrasos en la concesión del recurso incluso cuando la resolución es favorable.

*GUT1 “Hoy he tenido una señora que viene porque no puede más con su marido y quería echarle una mano, porque realmente la mujer no puede, y yo madre mía... Yo no he tramitado nunca nunca esto (la ley de dependencia) y le digo: Pues espere un añito por lo menos”*

*GC3. “Y a eso le sumas que no tiene un apoyo económico ni un recurso social externo rápido que pueda decir, mira, esta persona no puede vivir sola y tenemos que hacer lo posible”*

*por buscarle un recurso, una residencia, y ese recurso le va a tardar un año en llegar, o me va a tardar 6 meses, no me están solucionando el problema ahora”*

No obstante, esta situación no es descrita con crudeza, incluso, hay veces que los profesionales participantes dan “falsas” esperanzas “Que no mujer, a ver si ahora, con el nuevo gobierno... Siempre intentas decirle algo...pero sabes que realmente está complicado”, como hacía T2

*T2 “Para desesperación de la familia, de la persona dependiente y nuestra que estamos todo el día escuchándolo decir que no llega. Entonces, a lo mejor pues cuando te dicen, me voy a morir antes – Que no mujer, a ver si ahora, con el nuevo gobierno... Siempre intentas decirle algo...pero sabes que realmente está complicado.”*

##### **5. La Movilización De Recursos: La Solicitud De La Ley De Dependencia.**

Para obtener recursos sociales, la persona debe **solicitar la ley de dependencia**, todos los recursos pasan por ella (ayuda domicilio, ayuda económica, centros de día, residencias...), de forma que representa el momento de ejecución de todas las decisiones tomadas sobre el caso. Esta labor es realizada, principalmente, por la trabajadora social y la enfermera gestora de casos.

*GC5 “Yo siempre gestiono para que pidan la ley d dependencia, para que pidan la ayuda a domicilio, pero todo canalizado a través de la trabajadora social nuestra o de los servicios sociales”*

*GC2 “[...], mira, esta persona no puede vivir sola y tenemos que hacer lo posible por buscarle un recurso, Porque nuestra función es movilizar recursos”*

*GC5 “Y movilizando los recursos que tenemos a nuestra disposición, en este caso fue Salud Mental, la trabajadora social, la trabajadora social de salud mental, servicios comunitarios... El equipo sanitario y bueno... Y ya está, dando soporte.”*

*GC2 “Después, la falta de recursos materiales también es muy importante para nivel preventivo, pero cuando está la enfermedad y el problema de dependencia ahí, entonces la gestión de los recursos “*

## 6. La Realización De Informes.

Una vez solicitada la ley de dependencia, los trámites no han hecho nada más que empezar para los profesionales de AP. Cualquier situación que precise movilizar recursos precisa la realización de informes, todos los profesionales están implicados en ello.

Además, como decíamos en el apartado de barreras del sistema, la existencia de muchos estamentos e instituciones implicadas en el proceso, sumado a las demoras que este proceso acumula, hace que esta tarea se convierta en un problema importante para los profesionales de AP.

*T1 "Con la coordinación, hablando con unos y con otros. La dependencia, se han hecho informes y yo hago todos los informes del mundo "*

*E1 "Haz un informe" y era hacer informes, hacer informes, hacer informes...eso ya también te aburre, porque estas topando con toda una barrera., o no?*

*E1 "Yo hacía informes, y venga a hacer informes, ¿Cuántos informes hice?"*

*GC5 "Mi informe de mi visita en la historia, trabajadora social, médico de la paciente, enfermera, director... Porque eso, hay que hacer un informe de la trabajadora social y el director y mandarlo a donde haya que mandarlo, a los servicios sociales y que vayan ellos."*

Los informes son realizados tanto a nivel de centro como para otras instituciones, en este caso, las trabajadoras sociales son las que con más frecuencia intervienen.

*T2 "La trabajadora social anterior mandó un informe a fiscalía y el fiscal dijo que si esa es su manera de... que si ellos querían vivir así, él no estaba para incapacitarlos. Ellos dos querían vivir así, pero era un matrimonio que no se ha llevado bien en su vida y llevaban 70 años casados, sin hijos, con sobrinos y tal"*

## 7. Seguimiento Y Coordinación: "Estar En Pleno Contacto, Todos Con Todos".

Más allá del ingrato trabajo de realizar informes, - pues "cuando las situaciones son complicadas, no se resuelven por más informes que se realicen"- los profesionales señalaban la

importancia que tiene el **trabajo en equipo** y la **colaboración** entre los profesionales del centro de salud.

*GUT2 “Yo pienso que, entre todos, como una propuesta, a la hora de intervenir, es el hecho de trabajar en equipo, el estar en pleno contacto con todos, el enfermero, el médico, el EGC, el TS y quizás abordar el problema desde una perspectiva multidisciplinar”*

*GUGC1 “Muchos de los domicilios a los que vamos, lo que yo veo, muchos de los domicilios, porque muchos me los pasa él a mi (MF) y yo se los paso a ella (TS), la visión cambia, la de ella no es la mía, ella aporta. Yo creo que también es otra visión si se trata de dar la mejor solución posible, intercambiamos información, nos coordinamos”*

*GC5 “Y este hombre tenía una insuficiencia cardiaca bestial y hemos colaborado muy de cerca cardiología y enfermera gestora de casos y médico y enfermera de familia, ¿vale? Pero nosotros, a este hombre se le ha hecho un seguimiento bestial de llegar al domicilio y ver que necesita un ingreso hospitalario y como no tiene soporte, activar la ambulancia, hablar con cardiología, "pues mira hay una cama que se venga para acá que yo lo estoy esperando en urgencias y pasa directamente a la cama”*

*GC3 “Yo sé que he tenido contacto telefónico con la mujer y con la hija, cómo vais, no sé qué, qué tal, parece que está más tranquilo, pues mejor... Ya el médico para que lo sedara un poquito más, en fin. Se hicieron varias intervenciones para que el hombre estuviera un poquito más aplacado de lo que estaba”*

*GC4 “Cuando hay equipos sanitarios, médico y enfermero donde se trabaja muy bien por el abordaje que hacen de sus domicilios, por la implicación que hay, por la responsabilidad profesional de esos profesionales [...] tenemos que hacer un seguimiento y tirar de algunos profesionales”*

Respecto a la **coordinación interinstitucional**, es un asunto, mayoritariamente, de las trabajadoras sociales. Ellas son las que con más frecuencia intervienen en esta coordinación. En estas situaciones, las trabajadoras sociales reconocían la importancia de aprovechar la

“sintonía”, la conexión, porque “son tus pies y tus manos”. Pero también subrayaban la importancia de insistir. A veces **“se insiste y se consiguen cosas”**.

*GC2 “Acudimos, nos conocemos y hay muchos casos antes que no había trabajador social en el centro, teníamos que trabajar con ellos sólo y exclusivamente, entonces tenemos relación de tiempo y hemos llevado casos conjuntamente y hay buena sintonía y tienen la misma dificultad que nosotros: ofrecen los recursos que tienen”*

*T4 “Sí he trabajado, vamos. Especialmente con unos de los... como estamos en dos zonas básicas, por decirlo así, en dos centros grandes aquí en Córdoba, pues evidentemente es que si no trabajas con los servicios sociales, no tienes...entonces, sí que estás atado de pies y manos, porque evidentemente son tus pies y tus manos.*

*T2 “[...]entonces son derivaciones, ponerte en contacto con la Junta, intentar que hagan una valoración rápida, contactar con los servicios sociales. Intentar que hagan cuanto antes el (PIA) poner cuanto antes el servicio, pero [...]*

*T3 “Siempre hay alguien con quien tienes más conexión en servicios sociales”*

*GC5” “Vamos a llamar otra vez, vamos a dar la lata”, coño al final dando la lata se consiguen las cosas también porque los circuitos están ahí y los procedimientos están ahí pero...”*

*GC2 “Los problemas sociales también son parte de los problemas de salud, entonces devuelvo la pelota, [...], yo estaré ahí detrás, mientras los servicios sociales que, a lo mejor son los que tienen que resolver finalmente el problema”*

## **8. Gestión De La Inmediatez Para Problemas Urgentes.**

Cuando las situaciones urgentes se presentan, también son las trabajadoras sociales las profesionales encargadas de coordinarse con otras instituciones, como fiscalía. Aunque no hay respuestas rápidas incluso para casos “urgentes”.

*GUT1 “Situaciones de riesgo de su vida, hombre tenemos las trabajadoras sociales, Yo tengo un caso gravísimo, gravísimo...la persona tiene 90 años esquizofrénico y... creíamos que*

*se nos moría por la situación [...] con un informe social con el médico, se puedeee. hacer...que...[...] se informó al fiscal de mayor al fiscal, [...]*

Como decíamos en el apartado de barreras institucionales, los profesionales solo reconocieron **respuestas rápidas en caso de maltrato**, porque hay protocolos que hacen que se actúe sin demoras.

*GC2 “Entonces se puso la maquinaria rápido, porque de aquí a un tiempo esta mujer muere, porque era fractura de brazo, fractura de muñeca, golpes en la cabeza, derrames oculares... Entonces como era todo muy seguido, pusimos todo en alerta y la verdad que la respuesta fue buena, tanto la administración, como el sistema sanitario...”*

*GC3 “Desde aquí se mandó las denuncias que había por malos tratos del hijo y demás y luego en Madrid los vecinos denunciaron por maltrato y la mujer terminó en una residencia. En Madrid en una residencia social por maltrato al mayor”*

### **9. Intervención Familiar, Como Recurso.**

En este contexto de solicitudes, retrasos, informes, recordatorios, etc., la familia juega un papel fundamental. Las respuestas de la ley de dependencia no nos rápidas, y las situaciones son, frecuentemente, complejas. Esto supone que **las familias tienen que afrontar el problema** y no poner expectativas irreales en el sistema.

En este sentido, una de las labores básicas de los profesionales, principalmente gestoras de casos y trabajadoras sociales, es **“hablar con los hijos/as”, con la familia**, pues, muchas veces, éstos desconocen el problema o no quieren verlo.

*GC4 [...] ¿Estos casos cómo los resolvemos?, pues intentando implicar a la familia de la que podemos tirar, cuándo existe. “*

*GC5 “Pues, ¿cómo lo hemos resuelto?, pues implicando a un nieto que era el único que estaba porque los hijos han fallecido.*

*GC5 “Al principio le haces las visitas semanales, dos o tres días seguidos hasta que el nieto consigues verlos y consigues que te dé el teléfono. Entrevistas con la familia hasta que*

*logras una implicación, porque ahí hay un histórico de relaciones, hay un histórico. Y las relaciones a veces no son buenas entre la familia, entonces que tu le pidas ahora a un nieto que hay un histórico, que se haga cargo.”*

*M1 “Y otros problemas que veo es que tengo que llamar a la familia y hacerle ver el problema [...]*

*GUT2 “Muchas veces yo he tenido que llegar a manos del fiscal, tener que hablar con los hijos. Si que la junta debería dar prestaciones y todo eso, pero también la familia se tiene que involucrar”*

*GUT1 “Pero muchas veces te encuentras que es la junta, es la que tiene que resolver. El otro día se lo dije ya... muy bien dicho, pero bueno, mira que su padre y su madre es de usted, no es de la junta de Andalucía”*

#### **10. “Buscarse La Vida” Recurriendo A Otros Recursos.**

Quando las ayudas oficiales llegan tarde, o no llegan, los profesionales también “tiran” de sus contactos personales para conseguir estos apoyos. Se identifica a **vecinos y otras ayudas informales** disponibles a nivel comunitario, como son la Parroquia, ONGs, y otros contactos. Los profesionales “se buscan la vida”.

*T3 “Que verdad es, porque luego me encontré con un vecino, una de las veces que llamé y dije, ¿podría hacerme usted el favor de bajar a por medicación de X a la farmacia y de llevarle algo de comer, hasta mañana que empiezan el servicio de comida a domicilio? Y ya le pregunté y el otro encantado, me ha traído pollo buenísimo en un momento”*

*GUT2 “Y después, nuestras técnicas de hablar con vecinos, la persona con la que él a lo mejor tiene más afinidad, pues a lo mejor, no sé, alguien del pueblo, también se puede hablar, se puede intervenir”*

*GUGC2 “Cuando te encuentras eso aparte de [...], y bueno también hay una red de voluntariado...”*

GC6 *“Pues por medio de las Cáritas parroquiales y proyectos así, algo de ese tipo, de gente que está sola, o que vayan a comprarles o que le ayuden a bajar la escalera para salir un poquito al patio, esas cosas, por ahí”*

GC6 *“Cuando tú te encuentras estos problemas [...] como más soluciono yo es por Cáritas, porque hay como trabajos también... Cáritas, ONG, parroquial, porque colaboro con la parroquia del barrio, en las Cáritas de la parroquia, que ayudamos a todo este tipo de personas”*

GC6 *“Tengo un matrimonio mayor, por ejemplo, un caso que tenido hace poco, que se ha muerto el hombre- que no tienen hijos y no tienen a nadie, la mujer tiene ayuda de la dependencia por la mañana, pero por la tarde no tiene ayuda ninguna para acostarlo”. Pues por medio de Redes, de las Cáritas parroquiales iban unas mujeres por la tarde y la ayudaban a darle la cena y a acostarlo. Y ya, como se hacen amistad y eso, pues los acompañaban un rato por la tarde, a la mujer y a él. Que la mujer estaba allí metida con él”*

T3 *“No estamos hablando de eso, mire usted, que esto hay que moverlo ya como sea”. Y sino pues, en otros casos hay que recurrir a otros tipos de recursos que no son del ayuntamiento, que no son de la junta, que son pues tipo Caritas o parroquias, lo que le de la respuesta a la persona, que en muchos casos no es ni lo más profesional ni lo más... Pero es lo más efectivo”*

Otras veces, los profesionales “le buscan las vueltas al sistema” con otros “camino dentro del queso gruyere” [atajos dentro del sistema] siendo un **ingreso hospitalario** la solución; o en el caso de que estén ingresados, no darles el alta hasta encontrar una solución.

T2 *“Nosotros tenemos que derivar. Entonces, cuando vemos que la situación es urgente, intentamos tramitar para una ayuda de urgencia. la urgencia no es para mañana, tienes ahí un rango de 2-3 meses en los que no hay recurso inmediato, a no ser que sea un ingreso en una unidad de agudos, un ingreso de manera involuntaria en algún centro o lo que sea, pero eso ya suelen hacerlo desde el hospital. Cuando saben que van a dar un alta y que esta persona va a estar totalmente desatendida, entonces desde ahí se gestiona”*

*GGC1 “Yo, a mí se me han dado dos o tres casos y yo... no han vuelto a casa (pacientes hospitalizados). Te puedo decir cuando yo me enteraba Cuando hemos sido capaces de coordinarnos unos y otros y la situación hemos intentado que... o sea que ha ido directamente a una residencia porque era un caso que es que no podía.”*

Como último recurso, el discurso de algunos informantes recogía ocasiones en las que se han utilizado “**conversaciones con instancias superiores**” como única solución al problema.

*T3 “Eso se fueron los años, se pasaron los años, algunos en blanco, y en blanco y en blanco, y con el tema residencial era un poco a la desesperada y tenías que recurrir a instancias siempre superiores, **alguien que te echara una mano** para poder sacar una persona que no puede estar viviendo sola porque a lo mejor el cuidador de una persona con Alzheimer, el Alzheimer a lo mejor termina siendo el cuidador de quien lo cuida y eso pasa a lo mejor de hoy para ayer como estábamos hablando y eso, claro, ¿qué haces?”*

#### **11. Se Traspasan Las Funciones.**

Finalmente, los profesionales, en su experiencia, hablaban de situaciones en las que son conscientes de haber hecho algo más que su trabajo. Traspasan sus funciones y no les importa. Describen situaciones en las que han ayudado a los mayores a hacerse una comida, una maleta, o ayudarles en situaciones en las que necesitaban ayuda y no la tenían, como recogerlos del suelo, “limpiarles el culo”, etc.

*E1 “Yo con la x, yo ya no sabía, no sabía ya. Porque yo un día me la encontré caída en el suelo, no había vecinos por allí, me salí a la calle y llame a alguien a ver si me podían ayudar a subirla, se me cerró la puerta, y tuve que llamar a alguien para que abriera la puerta, y eso, un muchacho que me encontré y que me ayudó a levantarla. Que te ves en unas circunstancias que tú dices... ¿la dejo ahí tirada?”*

*E1 “Incluso, un día, yo me la encontré cagaáá, ehh, yo no tenía nada con que limpiarla, porque yo iba a ponerle la insulina, yo no llevaba así nada, porque yo iba cuando ya me iba pa mi casa, iba y le ponía la insulina, y ya me iba pa mi casa... y me encontré... allí... lavándola con*

*un... con los paños de cocina, porque yo no encontraba ni toallas, ni encontraba de nada... toda la mierda por el pasillo, que tuve que coger la fregona y limpiarlo todo aquello... porque yo... ¿cómo la dejas? Para que se resbale y se mate... ¿tú me entiendes?"*

*T3 "Y yo creo que lo puedo decir, desde ayudar a un abuelo a hacer la maleta para irse a una residencia porque se quería ir a una residencia hasta pasar por ese trago, esa circunstancia que no es nada agradable"*

*GC5 "Por ejemplo, este hombre que te comento que es cuidador, comían todos los días cocido. Él guisaba todos los días una olla de cocido y comían todos los días cocido y llegaba un momento que me preguntaba "¿y si compro la merluza...", porque era un hombre, tampoco tenía recursos para... "si compro la merluza, ¿cuántas comidas me pueden salir con la merluza?, porque si yo hago sopa de merluza o croquetas o...".Quiero decir que llegamos a traspasar nuestras funciones, cubrimos las necesidades de una hija o hijo que es el que se supone que debería de estar dando esa cobertura ¿no?".*

### **Repercusión Emocional En Los Profesionales Que Atienden A La Persona Mayor En Riesgo**

Durante el desarrollo de la investigación, y como consecuencia clara de la forma "limitada" en que tienen que responder a los problemas de las personas mayores en riesgo social, emergió el resultado que a continuación desarrollamos.

Y es que, la atención al mayor en riesgo social lleva consigo una importante carga emocional en los profesionales que lo atienden, y así es como lo exponen los profesionales desde la primera entrevista realizada. En todas las experiencias expresadas, en los casos de los que hablaban, aparecía una importante carga emocional, tanto en sus expresiones verbales como no verbales. Para describirlas, se ha decidido categorizarlas en emociones negativas y emociones positivas.

En la siguiente Figura 25 se hace un resumen de las emociones identificadas.

Figura 25. Emociones manifestadas por los profesionales en relación a la atención al mayor en riesgo.



Las emociones negativas aparecían con más frecuencia e intensidad en las primeras fases de las entrevistas, sobre todo al abordar el tema de barreras (del mayor, familia, apoyos, problemas institucionales). Aparecían expresiones de impotencia y frustración, principalmente, seguidas de rabia e indignación, pasando por la resignación o la pena.

Los profesionales expresaron sentimientos de **impotencia**<sup>1</sup> al no poder hacer nada para cambiar muchas de las situaciones encontradas en las instituciones o en la propia práctica de los profesionales – como ya se ha descrito-:

<sup>1</sup>Impotencia definida por la RAE como falta de fuerza, poder o competencia para realizar una cosa, hacer que suceda o ponerle resistencia

*GUT1 “Yo tengo un caso gravísimo, gravísimo [...] te digo, que y una impotencia y que vamos... Tampoco lo que hay se gestiona con facilidad, pero tampoco tienes ayuda de la administración que resuelva rápida,...¿no?”*

*GC2 “Tenemos muchas veces la limitación de espacio y tiempo y no podemos llegar a todos y ni al 100%. Y cuando esto pasa, te hace reflexionar: por qué no puedo, porque lo podría haber hecho de otra manera... También se aprende de eso”*

*GUT1 “Me he dejado las carótidas en la renovación y en mi puesto de trabajo, y me he hinchado de llorar, ¡una impotenciaaaa!”*

*E1 “Esa es una barrera que tenemos también muchas veces. Si hay que hacer un informe directamente a la fiscalía para que tomen... lo médicos te ponen pegas, la trabajadora social te pone pegas. Es que nos metemos en esto para luego nada, pero es que...”*

*GUGC1 “Pero hay un factor muy importante, la falta de tiempo, agobio, tengo mil cosas que hacer”*

En otras ocasiones, la impotencia se relacionaba con situaciones concretas de la propia situación del mayor, por “no poder llegar”.

*GUGC1 “Y la verdad que a la población que nosotros atendemos, con la GC complejos incluye a la población anciana, y verdaderamente existe muchas situaciones de abandono, y te viene la impotencia a la hora de poderles darle ayuda”*

*GC2 “Se van resolviendo con tus penas, con tus dificultades, con tus cosas, con tu colaboración, dejándote el pellejo, dejándotelo...”*

Esta impotencia, muchas veces, dio paso a la **frustración**<sup>2</sup> en los profesionales, porque eran conscientes de que no conseguirían resolver los problemas con los que se encontraban:

---

<sup>2</sup> Frustración: “Sentimiento de insatisfacción o fracaso. la respuesta emocional común que experimentamos cuando tenemos un deseo, una necesidad, un impulso y no logramos satisfacerlo;”

GC3 *“Entonces cuando me preguntas qué casos has resuelto, pues sí, habré resuelto casos, pero no tengo esa sensación.”*

GC2 *“Muchas veces la necesidad es la inmediatez, y a veces la respuesta a la inmediatez es complicada. Cuando tenemos el problema aquí, ahora y ya, y no tienes recursos, no tienes medios, tanto humanos como materiales para dar respuesta a eso...eso es lo que a mi me frustra, el decir ‘no he podido estar a la altura de la situación’*

GC2 *“Muchas veces es la inmediatez lo que te ahoga. El decir he resuelto esta bola en un día, dos días, o un viernes a las dos de la tarde.”*

T1 *“Pero... ya con tantos informes y no tener solución... ya te cansas”*

Como consecuencia de todo lo anterior, va apareciendo la **indignación** entre los profesionales

GC5 *“hay casos que son complejos, que ves que no se solucionan, que ves que la enfermera dice mira, que la mujer está igual, que aquí no va nadie a ayudarla... Y ya ha ido a trabajo social, y como ves que no se resuelven, van pasando de unos profesionales a otros y... Hasta que un día hay un desenlace, y va a una residencia, o se muere o bien sin llegar al desenlace. Pero hasta que pasa eso, sí hay mucho rebote”.*

GUT1 *“Pues sí, he tenido a gente que, al final el exitus ha sido la solución, era gente muy mayor, con Alzheimer, con pérdida de familiares, con denuncias con los cuidadores, porque le quitaban la cartilla, ha habido denuncias... Pero al final, con la muerte se ha resuelto y eso he tenido yo, dos últimos casos”*

GC5 *“Se solicitó la Ley de Dependencia y cuando llegó, ya había fallecido el paciente, después de un año y medio”*

GC3 *“¿? Porque dices, esto va a ir a peor, no se va a solucionar, porque ves que no hay respuesta, ni familiar, ni social”*

GGC3 *“‘¿Qué haces ahí?’, dice ‘Pues ya me he venido [...] es que yo allí [en la residencia] no puedo hacer nada’. Digo, ¡la madre que la parió, después de todo lo que hemos liado!’.*

Más allá de la impotencia y la indignación, los profesionales refirieron sentir **rabia**, nada de lo que hacían servía para nada. Los profesionales participantes exteriorizaban un sentimiento de injusticia social.

*GC2 "Es algo que afecta, pues de darte rabia, lo injusto que es el sistema, lo injustas que somos las personas como familiares, de dar poca respuesta y la incomprensión que tenemos con los mayores".*

*GUT2 "Tantas desigualdades, tantas historias, tanto tardar"<sup>3</sup>*

*E1 "Que si tiene que hablar con quién sea, con el otro, o con quien sea, con el juez, con el ministro... pero... que yo ya siga haciendo mi trabajo, que no, porque yo creo, que las enfermeras no somos quien tenemos que solucionarlo... que ahí tiene que haber otro estamento que sea quien lo solucione, que nosotras no... somos las que tenemos que solucionar estos problemas. La Trabajadora social, quien sea... o no"*

Y, por último, solo quedaba la **resignación**<sup>4</sup>, como si se encontraran en una situación de "duelo":

*GC2 "A mí es que los que más me impactan son los casos de una persona mayor y el cuidador es también una persona mayor, y cuando ves la entrega y la dedicación que hay, el querer hacer bien las cosas, se te cae la lágrima y el decir, madre mía, esta mujer o este hombre"*

*GC3 "Muchas veces pienso, cuando salgo de un domicilio... que acabe pronto este hombre, porque la solución que veo es tan difícil que pienso que la mejor solución sería que acabara pronto, ¿no?"*

*GC1 "Pues nada que muchos, la pena que a mí me da de este tipo de personas, es que mucha gente tiene recursos y no sabe utilizarlos. Muchos recursos, y se mueren siendo los más*

---

<sup>3</sup> Rabia: "ira, enojo, enfado grande. Según Bisquerra, la ira es una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos.

<sup>4</sup> Resignación: Aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial.

*pobres... teniendo ¿eh? se mueren y pudiendo tener una persona para que este atendiéndola 24 horas, teniendo poder adquisitivo.”*

En este sentido, los discursos de los profesionales dejaban ver el **cansancio** que sentían por la falta de respuestas: del sistema, del apoyo familiar, del apoyo institucional e, incluso, por la falta de respuestas del propio mayor, que “prefería estar como está”.

*GC4 “Yo creo que a nosotros nos ocasiona desgaste, a nosotros los sanitarios, los que vamos de forma periódica al domicilio y ves la situación que están viviendo, ves que algunos tienen en su mano una posible solución”*

Ante la falta de respuestas a los problemas y la falta de apoyo del sistema, el profesional se ve inmerso en un sentimiento de **soledad**. Los profesionales referían sentirse solos ante situaciones en las que no podían hacer nada.

*E1 “Yo venía y le contaba algo como para que, que, a ver si entre los dos encontraban una solución, a ver si algooo”*

*GC5 “Esa es una barrera que tenemos también muchas veces. Si hay que hacer un informe directamente a la fiscalía para que tomen... lo médicos te ponen pegas, la trabajadora social te pone pegas. Es que nos metemos en esto para luego nada, pero es que...”*

No obstante, y a pesar de todas estas emociones negativas descritas en los párrafos anteriores, en las palabras de los profesionales también se puede percibir otras tantas emociones positivas.

En este sentido, los profesionales participantes también decían estar satisfechos, agradecidos y empatizaban con la problemática de la población en riesgo que atienden. Mantenían la esperanza en que algo tiene que cambiar.

La **satisfacción**<sup>5</sup> expresada estaba relacionada con el “sentir que un trabajo está bien hecho a pesar de las complicaciones”, pues resolvían problemas complejos “a pesar de”. De forma literal, expresaban “como el trabajo bien hecho y con dedicación, puede llegar a buen final”.

*T1 “Que la dedicación muchos casos tiene buen final, que eso satisface mucho también eh”*

*GCG2 “La satisfacción es inmensa cuando tu consigues un buen propósito, la satisfacción es inmensa... Tal alta como esos sentimientos terapéuticos que aparecen muchas ocasiones, pues es cuando te sientes satisfecho de que, pues bueno en este caso el trabajo está bien hecho.”*

*GC5 “Pero ahí está, no pesa porque por otro lado, la satisfacción es importante”  
“Situaciones así complejas que tú mínimamente puedas resolver algo de un entorno familiar, de un paciente, también profesionalmente es muy satisfactorio, aunque tenga un coste personal o profesional”.*

La satisfacción también pasa por el **reconocimiento** a ese trabajo por parte de la familia. De este modo, la satisfacción “como recompensa social” fue otra de las emociones claramente identificables en los profesionales participantes.

*GC2 “A mí me llegan esas cosas. Y cuando te encuentras a esas personas por la calle, cuando el proceso o el paciente ha fallecido, que te ve y te besen y te abracen como si fuesen tus padres... Que estamos en un mundo muy materialista, pero a mí eso me llena mucho, y ese día me lo están pagando igual que otro día, pero a mí me satisface un montón”*

---

<sup>5</sup> Satisfacción: es un estado de bienestar. Cuando la satisfacción acompaña a la seguridad racional de haberse hecho lo que estaba dentro del alcance de nuestro poder, con cierto grado de éxito, esta dinámica contribuye a sostener un estado armonioso dentro de lo que es el funcionamiento mental.

Otra de las emociones positivas identificadas fue la **Gratitud**<sup>6</sup> o gratificación, por el reconocimiento y el cariño que recibían de los mayores y sus familias, -algo en lo que hay reciprocidad-.

*GRGC1 “Anímicamente, es duro en muchos casos, porque de gente, en el campo, es muy duro, pero luego por otro lado, es muy gratificante si haces algo para poder atenderlo”*

Por otro lado, el hecho de ver los déficits o limitaciones en otras personas les hacía valorar lo que se tiene como un “encuentro”, reconocer y agradecer. Valoras lo que tienes. Esto repercute de forma positiva en la salud emocional del profesional y así lo exponían los profesionales participantes. Esto “mejora la autoestima”.

*GUT2 “Ser afortunada en esas situaciones que ves de tanta vulnerabilidad o de fragilidad, desapego... Te hace pensar, “buuh pues tengo la fortuna a nivel personal a lo mejor, jugarle una trascendencia a tu día a día y darle valores”*

Por otro lado, a través de la **empatía**<sup>7</sup> los profesionales llegaron a entender cómo, a pesar de vivenciar distintas situaciones de vulnerabilidad y riesgos relacionadas con los sentimientos de soledad y abandono, las personas mayores “quieren seguir viviendo en su casa frente a la alternativa de la residencia”.

*GC5 “Es que entras [en la residencia] y te ves el saloncito lleno de personas sentadas en sillas de ruedas o sillones... Pues claro, se te cae el mundo encima”*

*GC2 “A mí es que los que más me impactan son los casos de una persona mayor y el cuidador es también una persona mayor, y cuando ves la entrega y la dedicación que hay, el querer hacer bien las cosas, se te cae la lágrima y el decir, madre mía, esta mujer o este hombre ----Ya no como profesional, si no como individuo, decir, esta persona, debo estar aquí y apoyarle, por caridad”*

---

<sup>6</sup> Gratitud: reconocimiento de un beneficio que se ha recibido o recibirá, darse cuenta y valorar las cosas que solemos dar por sentadas”

<sup>7</sup> Empatía: La capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás, la empatía nos permite ver las cosas desde la perspectiva del otro en vez de la nuestra.

*T3 “Y aquellas dos criaturas pobrecitas, con aquellos dos entierros. Que dejó enterrada a su hermana, y a la semana se murió ella”*

*GC2 “Y después, verás...que yoooo...esa experiencia que él dice de tener ese acercamiento al paciente, de que te agradezcan, que eso yo después lo he vivido también, esas emociones también las he tenido y vivido”*

*GC5 “Yo creo que para trabajar en esto tenemos que creer en lo que hacemos, si no, no tiene sentido. Si yo no creo que mis intervenciones en los domicilios estén siendo útiles en este tipo de pacientes, para mí sería frustrante”*

Además, los profesionales expresaban **alegría**<sup>8</sup> cuando se conseguía resolver algunos casos y era posible dar respuesta a la necesidad, “sentir que lo que se hace sirve y llega a buen puerto”.

*GC2 “Fue bonito, en el sentido que fue una intervención conjunta y se trabajó mucho en el equipo de atención primaria, trabajador social, servicios también comunitarios para solucionar un problema. Sí, sí, en este caso hubo respuesta. Eso lo recuerdo con alegría”*

Por otro lado, esa alegría daba paso a la **esperanza**<sup>9</sup>, a pensar que las cosas pueden terminar bien y que esto tiene que cambiar “por justicia”.

*GC2 “Me gustaría que las casas fueran más grandes, que hubiera una habitación para un mayor, en todas las casas, que no hay. Que las familias fueran más inclusivas para poder ayudar a los mayores, fundamentalmente”*

*GC4 “Tener conciencia, es decir yo tengo esos pacientes y, primero por justicia debes atenderlos. Sí, al que más lo necesita es al que tienes que apoyar, por justicia, y después, que te*

---

<sup>8</sup>Alegría: Sentimiento grato y vivo que suele manifestarse con signos exteriores f. Palabras, gestos o actos con que se expresa el júbilo. La alegría es la emoción que se produce ante un suceso favorable. Las principales causas de alegría son el logro de objetivos,

<sup>9</sup> Esperanza: Esta emoción tiene un lado positivo y un lado negativo ya que se experimenta cuando uno lo está pasando mal, pero confía en superarlo y mejorar. (Bisquerra, 2015)

*va a generar más complicaciones, más trabajo y una peor situación de salud con la población. Por eso, por conciencia y por justicia”*

Así, respaldados en la satisfacción, la gratitud, la recompensa social, la alegría, la esperanza..., los profesionales expusieron como, muchas veces, **sobrepasan sus funciones “profesionales”**. Es un asunto que ya forma parte de su “quehacer profesional”, como se indicaba en apartados anteriores.

En los discursos de los profesionales se ha podido comprobar, frecuentemente, como se sobrepasaba la implicación personal. Existe una actitud de “ayuda” altruista ante la necesidad identificada: la limpieza del hogar, del aseo de las personas mayores, ofrecerles sus teléfonos para aceptar llamadas telefónicas en su tiempo personal.

*E1 “Día aquel que me la encontré cagada, mi condición no era dejarla, ... porque ella no podía coger una fregona, porque ella tenía que sujetarse con las dos manos, no podía estar ni sujeta con una, porque no podía, tenía que sujetarse de las dos manos...y te dices... que hago, que hago”*

*T3 “Pues eso, al final a través de los servicios sociales y la primera vez lo llevé yo a hacerse el TAC, ¿qué voy a hacer?”*

*G4 “No solo es dar información nutricional, es decirle cómo tienes que hacer las croquetas [risas]. Pobrecitos...”*

*G4 “¡Yo he limpiado muchas casas de Diógenes con C, la trabajadora social ... y digo C vamos a quitar una poca de mierda que aquí se lo comen las cucarachas y se lo come todo! Y yo he salido con seis bolsas de basura en cada mano”*

*T3 “Y hacerle la maleta al hombre, que se iba para la residencia, y no había nadie para prepararla, eso... es duro, son sus cosas”*

Sin embargo, este traspasar los límites conllevaba un coste, el **cansancio**, justificado -en este caso no por la falta de respuestas- sino por saberse al límite de sus fuerzas, por “no poder llegar a todo”, mientras aceptaban sus propias limitaciones.

*GC4 “Pero tampoco con la chica que tiene, tampoco está a gusto. Tampoco sabe lo que quiere, venga le dices ‘venga vamos a andar un paseíto’ y dice ‘no, es que yo no puedo andar’. Y la mujer es más dependiente de lo que realmente es, y es porque no quiere”.*

*GUGC2 “Yo creo que a nosotros nos ocasiona desgaste, a nosotros los sanitarios, los que vamos de forma periódica al domicilio y ves la situación que están viviendo, ves que algunos tienen en su mano una posible solución”.*

***Alternativas: Si Tuviera Una Varita Mágica.***

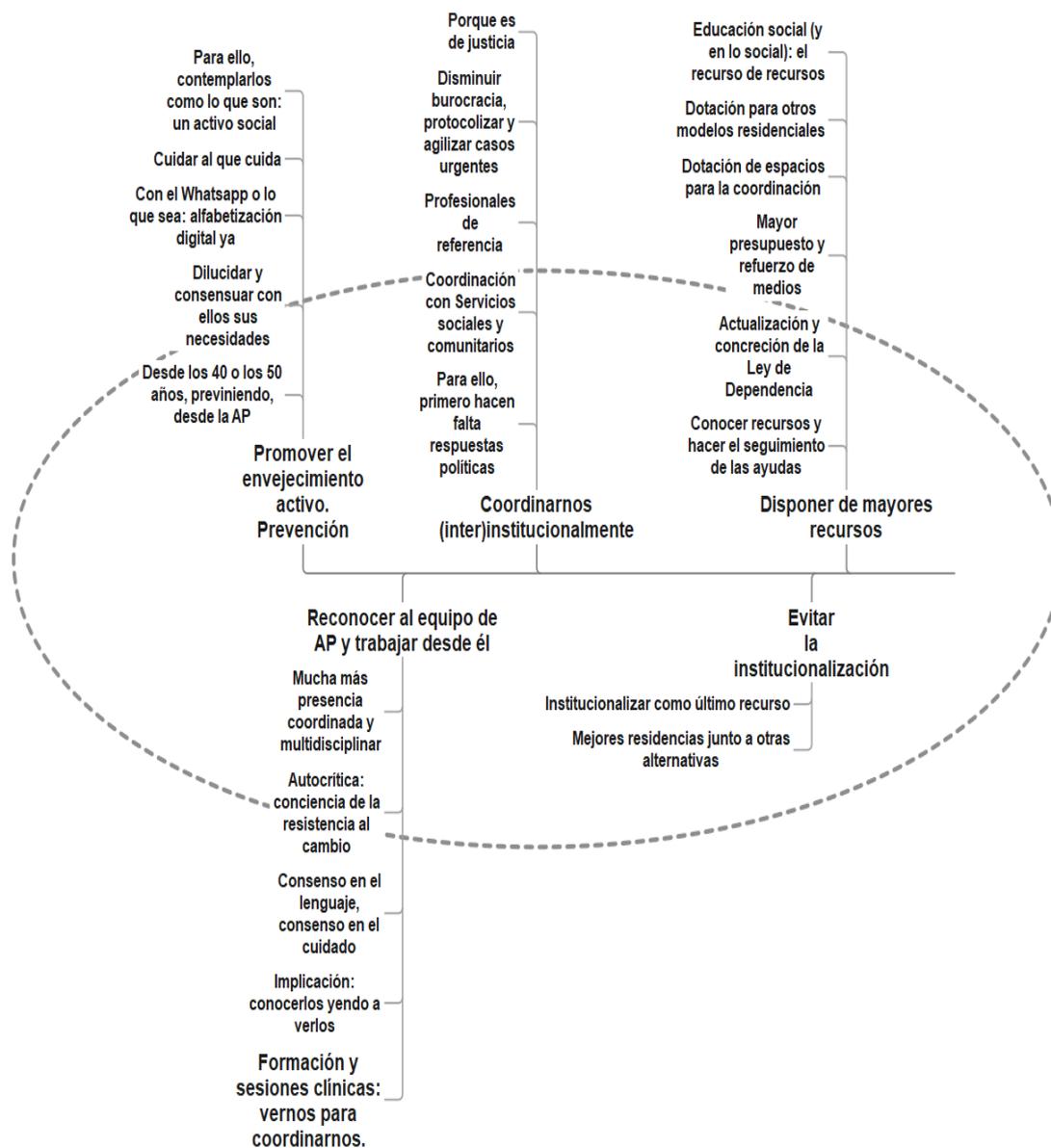
Los profesionales, al ser interpelados directamente en las entrevistas sobre ello, no dudaron en proponer alternativas para la mejora de la atención al mayor en riesgo social. Aun reconociendo la complejidad de la empresa....

*GC4 “Como contamos con tantas variables que son la voluntad del propio paciente, la implicación de los familiares, la implicación de los profesionales tanto a nivel sanitario, social, como... Otra variable es la existencia de recursos... Entonces son tantas las variables que juegan con este tipo de pacientes que es difícil que funcione bien”*

*GC3 “Pues a mí se me acaba la imaginación”*

... y el hecho que no existía una *varita mágica* para llevarlas a cabo, terminaron por esbozar una lista de propuestas diversas que, a modo de árbol categorial, son mostradas en la siguiente Figura 26.

Figura 26. Resumen de las alternativas propuestas por los profesionales



### 1. Promover En El Envejecimiento Activo. Prevención.

Los participantes plantearon *trabajar* con la persona mayor desde antes de que llegara a serlo, desde mucho antes, y lo hacían porque tenían presente el enfoque del envejecimiento activo, un enfoque desde el cual la persona mayor puede sumar años, calidad de vida y autonomía, retrasando cualquier dependencia en su horizonte vital. Por otro lado, el

envejecimiento activo lo asociaron, de manera directa, con la prevención y, explícitamente, reconocían aquí el impacto y el valor del ámbito sanitario en el que trabajan: la AP.

*GC2 “Entonces los encuentras que están bien, con una salud aceptable, poca medicación, se manejan bien, son autónomos, pero precisamente hay algún débil, pienso que habría que actuar donde he comentado antes, en el envejecimiento activo y ser consciente, pues que el paciente pueda dominar o llevar las riendas de su envejecimiento”*

*GC2 Pienso que desde ya habría que empezar con personas con 40, con 50 años en el centro de salud a hacer programas serios, orientados al envejecimiento activo. Tanto en tema de prevención como de autocuidado.*

*GC2 “España y Andalucía está teniendo una esperanza de vida muy alta, muy grande, estupendo pero, ¿a costa de qué? A costa de tener mucha dependencia. Y ahí, ¿qué podemos hacer? Yo creo que hay dos cosas: recursos para la dependencia que son fundamentales, y segundo el envejecimiento activo.”*

En este contexto de AP, y reconociendo limitaciones, los profesionales opinaron que no es complicado hacer participar a los propios mayores de su proceso, cuidados y decisiones personales en salud. Tenían muy claro que, en último término, son ellos los que debían tomar sus decisiones. Aun estando presentes en todos los roles profesionales, las palabras de las trabajadoras sociales fueron las más elocuentes para expresar cómo se debían tener en cuenta a estos pacientes a la hora de planificar cuidados y que tomaran sus propias decisiones, elucidando, junto a ellos, sus distintas necesidades. Estas necesidades, como señaló T1, pueden hacer que el carácter de las decisiones sea, por una parte, arriesgado (al comprometer necesidades físicas relacionadas con la vivienda) y, por otra, emocionalmente complicado (al estar involucrados valores y significados asociados a esa misma vivienda que ya podía ser necesario abandonar).

*T3 “Hacerlos a ellos partícipes de qué es lo que ellos quieren. ¿Qué necesitáis? Yo creo que muchas veces es tan fácil como... Hombre, no tan a la carta porque si no terminas tonto, porque no acabaríamos, pero hacer un poco... consensuar con ellos qué necesidades tienen”*

*T1 “Si tú apoyas a tu padre y le dices, no papá, es lo mejor que haces, que te compres algo más chico – Es que me gustaría irme al lado de... - Pues ya está, pues vente.”*

*T1 “Pero todas esas cosas hay que concienciarlas y, luego, otra historia: los cambios de piso. [...] hay que plantearlo, ¿no?[...] Entonces, yo qué sé, la gente tiene que ir pensando... Yo tengo un piso enorme, pero necesito algo más chico y, además, que esté en un sitio cerca de mi hijo. Hay gente que lo hace ya, vendo mi piso y cojo, para eso necesitamos el apoyo de los hijos, porque muchas familias, es que mi hijo, es que no sé qué [...]”*

Una de las formas contempladas por los participantes para facilitar, entre otras cuestiones, una mayor dilucidación de necesidades y autonomía en la toma de decisiones fue la llamada teleasistencia, a cargo de las instituciones sanitarias, y el uso de otras tecnologías de la información. GRM2 expresó con claridad cómo los profesionales daban la bienvenida al empleo cotidiano de estas nuevas tecnologías, principalmente por su potencial para dinamizar y horizontalizar la atención. Pero, para ello, se necesitaba, a su juicio, de una mayor inversión y concienciación para el logro de una alfabetización digital óptima en la población mayor.

*GRM2 “Solucionas mucho por teléfono, porque por la falta de tiempo, solucionas. Hay mucha diferencia... “Con el teléfono, con el wassap con mi... tele-atención”*

La potencialidad señalada por el uso de las tecnologías de la información la hacían extensible a los cuidadores informales de las personas mayores, considerados como aliados imprescindibles en el día a día de estos profesionales. Esta consideración trascendía el asunto del mediador tecnológico de la comunicación y se extendía a cualquier otro aspecto de los cuidados y la atención en salud. En el discurso de los participantes, por tanto, destacaba la necesidad, no siempre satisfecha, de cuidar al que cuida.

GC4 *“Que las personas estaban muy bien en su casa, que le diéramos apoyo a los cuidadores (que hay que dárselo), pero la cosa era: todo el mundo a su casa y que busquen la ayuda en su casa”*

GGC2 *“Como una que iba a meter un colchón para la madre en el dormitorio con la pareja, o sea que es qué.”*

T2 *“Que esa persona reciba el recurso cuando lo necesita, no cuando haya pasado por todos los filtros que tiene que pasar, que al final son dos años para ellos. Es un problema gordo tanto para la familia como para la persona dependiente esperar eso”*

La asunción y realización de esta alternativa, declaraban, no será posible sin el *cuidado al que cuida* mencionado, sin la valoración de la familia como apoyo principal y su atención correspondiente por parte de los profesionales. Por otro lado, las participantes mostraron cierta nostalgia por tiempos anteriores en los que los mayores sí tenían su lugar y eran cuidados se cuidaban.

GC3 *“Me gustaría que las casas fueran más grandes, que hubiera una habitación para un mayor, en todas las casas, que no hay. Que las familias fueran más inclusivas para poder ayudar a los mayores, fundamentalmente”*

T2 *“Entonces intentamos implicar a la familia, que es un trabajo que hay que hacer constantemente. [...]. Pero que ellos se tienen que implicar”*

La última alternativa planteada en esta categoría relacionada con el envejecimiento activo alude a que los profesionales querían plantear otra mirada a la vejez: no podía haber envejecimiento *activo* (ni prevención de la dependencia) si las personas mayores no eran contempladas como lo que son, un *activo social*. Es decir, un elemento de la sociedad preferente y referente para el resto de sus integrantes, una oportunidad social para una nueva jerarquización de valores, en la que los cuidados a la población mayor en riesgo —y a sus vidas y biografías— estén en lo más alto de la misma.

GC3 *“La sociedad lo asume muy mal. Todo lo que sea envejecer, cada vez lo queremos menos, ¿no Porque creo que si tenemos otra vez a los abuelos como referentes y como personas importantes dentro de la familia, los vamos a cuidar mejor”*

GC2 *“Me gustaría que que todos entendiéramos que nuestros padres, nuestro abuelos, son nuestros y el cuidado es nuestro, y creo que tendríamos que volver a respetar a nuestros mayores otra vez,”*

T1 *“[...] a nivel social hay que reivindicar. ¿Qué tenemos que reivindicar? Una dignidad y unas mínimas condiciones, ¿no? Digo yo, socialmente, yo quiero que mis abuelos tengan mínimas condiciones”*

T3 *“Hay sitios en los que los mayores son los mayores y los viejos de la casa son una joya y otras en los que el mayor es el viejo en forma despectiva dicho, el viejo este, que ya se podía”*

## **2. Reconocer Al Equipo De AP Y Trabajar Desde Él.**

Si en la categoría anterior los participantes aludían, explícitamente, a la acción profesional y a su contexto de AP respecto al envejecimiento activo y la prevención de la dependencia (mientras que la labor de equipo permanecía latente) en la siguiente categorización de alternativas, la conciencia de equipo emergía del terreno de lo implícito para manifestarse abiertamente en relación con la atención a la persona mayor en riesgo social.

Los profesionales afirmaban que el trabajo y coordinación, entre todos los miembros del equipo de AP implicados en los cuidados al mayor, pasaban por una mayor presencia coordinada y *multidisciplinar*. A pesar del empleo del término “multidisciplinar”, el significado implícito en su discurso estaba referido a un deseo e intención interdisciplinar, imprescindible para la unificación de criterios y para la búsqueda de respuestas consensuadas a las necesidades identificadas.

GC4 *“Yo tengo gente mayor y dudo que hagan el tratamiento adecuadamente, yo los superviso, porque las carencias de estas personas son así. No les puedes dejar eso a su libre albedrío. Creo que hay que tener mucha más presencia.”*

*GUM1 “Porque si hay un buen equipo y se organizan esas visitas, yo creo que puede funcionar mejor, porque se pueden dividir. Yo voy esta vez y valoro, y en otro momento vas tú, y el médico que también tiene que hacer valoración a este tipo de personas, no esperar a que vengan o se presente la demanda.”*

*GRT2 “Yo pienso que entre todos, como una propuesta, a la hora de intervenir, es el hecho de trabajar en equipo, el estar en pleno contacto con todos, el enfermero, el médico, el EGC, el TS y quizás abordar el problema desde una perspectiva multidisciplinar.”*

Este deseo de interdisciplinaridad, reconocían, tenía una serie de dificultadores estructurales del sistema, que terminaban por crear hábitos o rutinas profesionales, fuertemente arraigadas, tanto en los distintos miembros como en los equipos de AP. Entre ellos, identificaban la actuación por demanda (la del momento), la atención a lo agudo frente a la cronicidad y a la prevención de la dependencia en los domicilios. En definitiva, los participantes eran conscientes de la necesidad de autocrítica frente a la resistencia al cambio de perspectiva y aceptación de limitaciones personales, colectivas e institucionales, primero, y de hábitos, después.

*GC2 “Habrá que cambiar las cosas y plantearse si lo que estamos haciendo sirve para algo o tenemos que hacerlo de otra manera u orientarlo a otro lado. Pero claro, los cambios en organizaciones así tan grandes es complicado, no es de un día para otro, y son muy resistentes a los cambios”.*

*GC2 “Ser conscientes. Yo muchas veces hablo de concienciarnos, es decir, si tengo que atender a un grupo de pacientes, tengo que tener presente, a pesar de mi día a día, mis limitaciones, la sobrecarga, la demanda, etc., buscar huecos para atender esto, y nos falta conciencia de eso. Hay profesionales que la tienen, pero no es algo que esté generalmente asumido o interiorizado. No sé, mi experiencia”.*

*T3 “Es fundamental que los que estamos tocando al mismo personal, al mismo usuario que estemos cohesionados y seamos, de alguna manera, uno. Cada uno trabando desde su*

*ámbito pero con el mismo objetivo, que es la salud y el bienestar del usuario, de la persona, sea mayor o {...} “*

De la mano de esta autocrítica mencionada, en el discurso profesional también se encontró la necesidad de *consenso en el significado de la palabra cuidado* como alternativa a la atención que se le estaba proporcionando a las personas mayores, llena de miradas parceladas, atomizadas y sesgadas por los distintos enfoques disciplinares. Sin este consenso, reconocían, no era posible el primer paso en el proceso de la atención, es decir, la valoración integral del mayor. Sólo así sería posible el uso de un mismo lenguaje.

*T1”Vamos a hablar de cuidar y necesidades, pero vamos a intentar que cuando usemos esas dos palabras, nos estemos refiriendo a lo mismo... Si no hablamos todos un mismo lenguaje”*

*GC2 “[..] puede ayudar, orientar y darnos muchas claves de esa realidad que está ahí. Las soluciones o las sugerencias o como nosotros lo vemos ayuda desde el punto de vista del paciente, desde el punto de vista de los recursos sociales, desde el punto de vista de la familia, que viven esa misma realidad desde su perspectiva y sus cosas, pero vamos, el enfoque profesional es importantísimo, muy válido, porque arrastramos un histórico que nos da muchos elementos para poder detectar los problemas o detectar las fortalezas, lo que habría que mejorar, o los déficits, entonces es una perspectiva muy importante”*

*T1” Yo creo que reuniones de qué entendemos por cuidados. Yo creo que eso es lo primordial, estamos hablando de lenguajes diferentes, de cosas diferentes. Vamos a hablar de cuidar y necesidades, pero vamos a intentar que cuando usemos esas dos palabras, nos estemos refiriendo a lo mismo... Si no hablamos todos un mismo lenguaje, no sé de qué estamos hablando. Y luego, eso lo traspasamos a la sociedad, lógicamente. Que estamos hablando de cuidados, qué queremos hacer con nuestros mayores”*

Los participantes subrayaron de nuevo que el estar presentes en los domicilios era condición *sine qua non* para llevar a cabo la valoración integral mencionada. Se trataba de

implicarse en la idea de que (parafraseando su discurso) *si quieres conocerlos ve a verlos*, y, de esta manera, poder llenar de contenidos y argumentos el consenso (destacado arriba) sobre lo que cada cual había visto. Los distintos roles del equipo tenían muy claro, en este sentido, que el seguimiento domiciliario profesional en AP identificaba riesgos y consiguientes problemas de salud generadores de dependencia.

T1 *“Cuando viene una persona aquí al médico, tú la ves en un contexto que no es real. Viene arregladita, cuidadita, a lo mejor viene con un familiar, pero tú su día a día, como se maneja en la casa, no lo ves. Y eso, hay que ir a las casas”*

GC2 *“y el paciente como generalmente está en su casa, no va a venir aquí a la consulta. El que viene tres o cuatro veces a la semana a la consulta lo veo, pero éste que no dice ni pío ni lo veo. Cuándo viene es que ya ha reventado todo”*

GC2 *“Repercute emocionalmente en situaciones que llegan, que afectan. Y tienes un poco que suplirla con otras alternativas que puedan suplir ese déficit, intentando estar con el paciente, tener mayor presencia”*

GC3 *“Valoramos al paciente, valoración integral del paciente, entorno familiar y apoyo social, estableces las prioridades de intervención en función de la situación que te encuentras y activas o te coordinas mejor dicho con los profesionales que creas que pueden aportar algo para mejorar esa situación, funcional, cognitiva, social, de situación clínica porque a veces hay que abordar problemas clínicos que estaban sin abordar ¿no?”*

La formación específica y la realización de sesiones clínicas constituían, en su discurso, elementos catalizadores del trabajo equipo, de la necesaria autocrítica, del consenso, de la presencia en los domicilios y la dotación de herramientas para el apoyo profesional en la toma de decisiones del mayor. Además, formación y sesiones clínicas significaban oportunidades para el encuentro y, por tanto, para el conocimiento y la coordinación interdisciplinar. A través de este encuentro se evitaban, por ejemplo, que los riesgos y vulnerabilidad detectados en los mayores llegaran tarde a las agendas de los trabajadores sociales.

*GC2 “Somos actores y estamos metidos en el tinglado. La percepción profesional que uno tiene, puede ayudar, orientar y darnos muchas claves de esa realidad que está ahí. Las soluciones o las sugerencias o como nosotros lo vemos ayuda desde el punto de vista del paciente, desde el punto de vista de los recursos sociales, desde el punto de vista de la familia, que viven esa misma realidad desde su perspectiva y sus cosas, pero vamos, el enfoque profesional es importantísimo, muy válido, porque arrastramos un histórico que nos da muchos elementos para poder detectar los problemas o detectar las fortalezas, lo que habría que mejorar, o los déficits, entonces es una perspectiva muy importante.”*

### **3. Coordinarnos (Inter)Institucionalmente.**

Los participantes acentuaron no sólo la necesidad de una mayor coordinación interpersonal e interdisciplinar, sino la de que se armonizaran los enfoques y actuaciones de las distintas administraciones y sistemas que tutelaban, *a nivel macro*, a la población mayor. Consecuentemente, la coordinación existente fue contemplada en las entrevistas como una gran asignatura pendiente. Los profesionales indicaron que, si esta existiera, habría, principalmente, menos demoras y mayor optimización de recursos, y la pieza identificada como clave para su realización fue la política, una voluntad política enfocada a resolver problemas de forma eficiente, en tiempo y forma, para las distintas casuísticas de la atención al mayor en riesgo social.

*T1 “Esto no podemos mirarlo a nivel micro ni... No, es todo. [...] tenemos que tener el respaldo político. Y eso tiene que estar en ley. Tú y yo nos podemos inventar algo, pero si eso no tiene un respaldo político y que los políticos apoyen esta historia y vayan a por esas, tontería que hagamos historias. Vamos a ver, derechos. ¿Qué derechos, qué es legítimo? Que esta gente tiene que vivir mínimamente, y cuando llegamos a viejos, tenemos una serie de carencias, venga pues vamos a trabajarlo.”*

*GC2 “Habría que retomar eso y reorganizarlo de otra manera, y apostar ya a nivel político o de administración, apostar por eso, porque es un problema importante” GUT1 “como no la aborden presupuestariamente la ley de dependencia, [...]”*

Aunque esta coordinación comenzara *en lo micro* —trabajando en equipo dentro del propio centro de salud, entre profesionales implicados en la atención a la persona mayor, en general, y, más concretamente, a la que está en riesgo—...

*GRT1 “Yo pienso que entre todos, como una propuesta, a la hora de intervenir, es el hecho de trabajar en equipo, el estar en pleno contacto con todos, el enfermero, el médico, el EGC, el TS y quizás abordar el problema desde una perspectiva multidisciplinar”*

... donde realmente se hizo hincapié fue en la necesidad de coordinación entre administraciones. De entre las mismas, destacaron la que debe haber entre las instituciones estrictamente sanitarias y aquellas del ámbito de los servicios sociales. Los participantes tenían claro que, cuando existía esta coordinación se podía disfrutar de sus ventajas: una eficaz resolución de casuísticas y una mejora de la situación del paciente.

*GC2 “Con servicios sociales siempre hay buena relación y colaboración, porque tenemos todos el mismo objetivo de mejorar la situación del paciente, tanto de salud o personal. Generalmente, se solventan bien, depende de la colaboración.”*

*GRGC2 “La mejora pasa por la coordinación de todos, sobre todo con servicios sociales. Yo creo que lo fundamental es coordinarnos con los t. sociales del centro de salud, con los comunitarios, con todos”*

*GUT2 “La coordinación, la coordinación sostenible socio sanitaria ¿no? Tanto interna, cómo otros sectores, en concreto servicios sociales, decir que no hay nada sería demasiado extremo, pero que no hay casi, para lo que podría a ver sin un coste añadido, y que revertiría claramente en beneficio de todo el mundo.”*

Dentro de la interpelación a una mayor responsabilidad política en la gestión de la coordinación, los profesionales indicaron la pertinencia de mejorar la comunicación, haciendo

más accesibles los sistemas de información y, con ello, poder consultar datos del usuario atendido.

*T3 “Y por supuesto, que exista siempre la obligación de que haya una coordinación entre delegaciones, entre conserjerías. [...] los planes y lo otro y... grupos de trabajo, comisiones, no se cuánto”*

*GUT2 “yo creo que hay que mejorar los procedimientos, optimizar los procedimientos que con los soportes informáticos, tenemos herramientas suficientes para hacerlo. ¿Por qué yo que estoy en un centro de salud no tengo acceso a los expedientes de dependencia?”*

Al margen de los sociales, la coordinación (según los profesionales) también abarcaba otros recursos provenientes de la red ciudadana en la que vive el mayor. Entre estos nombraron dos: los relacionados con la parroquia del barrio y los de las organizaciones del tercer sector, entre las que destacaba la figura del voluntariado.

*T1 “Y luego, si hablamos, si nos salimos del nivel comunitario, qué otros recursos podríamos usar dentro de la comunidad, porque eso tiene que estar también organizado, tampoco tenemos ninguna reunión a nivel comunidad. Comunidad me refiero: servicios sociales, programas de ayuda a domicilio, las parroquias, los voluntarios... todos tenemos que ir a una. Y eso se tiene que organizar en el barrio.”*

Para que se diera esta integralidad en la coordinación (desde lo *micro* a lo *macro*, en lo sociosanitario, en los sistemas de información y en la comunidad), creían que se debía identificar qué se hacía en las diferentes organizaciones y, para ello, *sentarse* —el encuentro como acción básica, fundamental—, para después (decían) *ponerse a redactar procedimientos*. Evidentemente, la trabajadora social se señalaba como la principal profesional de referencia en la coordinación con servicios sociales.

*GUT2 “De todas maneras, y acabo con el tema de la coordinación, de racionalización de lo que hacemos, que es sentarnos y escribir lo que hacemos.”*

*T3 "Es fundamental que los que estamos tocando al mismo personal, al mismo usuario que estemos cohesionados y seamos, de alguna manera, uno. Cada uno trabajando desde su ámbito pero con el mismo objetivo, que es la salud y el bienestar del usuario, de la persona, sea mayor, como si es el paciente con enfermedad mental, como si es el niño".*

De hecho, se propuso contar con figuras de referencia, no circunscritas a las del trabajo social, sino que estos roles referentes estuvieran presentes en las distintas disciplinas e instituciones. De esa manera, cuando los profesionales tuvieran alguna dificultad, sabrían cómo y a quién acudir.

*E1 "Si tuviéramos, no en mis manos, vamos a suponer, si por ejemplo, si yo le cuento a la trabajadora social y ella que tenga ..yo no sé si tenga o no tenga, un camino para empezar a mover las cosas...o no sé si tiene o no tiene posibilidad) pero que ella tenga un camino de hacer las cosas".*

Estas figuras de referencia, como el resto de profesionales, se toparían con el odiado exceso de burocracia. Una propuesta para solventar esta barrera fue la de agilizar la respuesta en las situaciones complicadas, haciéndolo a través del diseño, difusión e implantación de protocolos de intervención inmediata que contaran con la creación y provisión de otros servicios de respuesta rápida.

*T2 "Menos burocracia, menos.... Y a partir de ahí, no sé, que realmente se cumplieran los plazos que dieron en el gobierno, que aun así son 6 meses para resolver una valoración.. Es que estamos con una media de dos años largos."*

*T3 "El sistema tendría que ser más ágil. Sí o sí. El sistema tiene que dar una respuesta, si es afirmativa, afirmativa, si es negativa, negativa, pero al usuario no lo puedes tener mareando la perdiz"*

*T2 "Acortar plazos, burocracia, acortar esperas. Y que cuando haya... si hay tipificado un tipo de ayuda de urgencia, sea realmente de urgencia"*

Se preguntaron que, si existía para las víctimas de violencia de género, de maltrato infantil o de maltrato al mayor en general (existencia de protocolos y servicios de respuesta inmediata), por qué no ocurría lo mismo con las demandas urgentes de las personas mayores en riesgo social. Otra de las propuestas en esta dirección, y relacionada de manera directa con lo expresado arriba, fue la de la creación de una figura de referencia en el ámbito judicial. Entendían que era *de justicia* que la coordinación se extendiera al sistema judicial por la necesaria implicación de este en un nutrido número de casuísticas complejas, como las situaciones de maltrato, de ausencia de apoyos, de deterioro cognitivo grave y de aquellas que (por estas razones, por su intersección, o por otras circunstancias) requirieran, no sólo de una respuesta rápida, sino urgente.

*E1 “Porque... las personas mayores, una persona mayor, que no tenga a nadie... a nadie... habría que tener un camino, de que no fuese tan difícil, vamos a suponer, que yo decirle al jefe o a la jefa “está ocurriendo esto... o eso, y ellos tuvieran mano para decir, “pues esta mujer... se mete en una residencia”. .tú me entiendes.*

*GC4 “Pues yo creo que priorizando desde las instituciones, priorizando el abordaje de este tipo de problemas sociales que hay. “*

*GUT2 “Para mí un área que se tiene que replantear y que si de mi dependiera, ya, ya... el papel que tiene tan importante en gestión de cuestiones en primer orden, en derechos humanos al envejecimiento, es el área judicial”*

La justicia fue vista como institución interpelada, sí, pero también como valor, un valor que cerraría el círculo de la coordinación para estas profesionales, gracias a la incorporación al mismo de una institución más, la familiar. Según su criterio, si la respuesta rápida o urgente, era *de justicia*, no lo debía ser menos la implicación de la familia y la responsabilidad de los hijos hacia los padres. Una vez más, el sistema judicial fue interpelado aquí como garante del cumplimiento de las obligaciones familiares.

*GUT1 "Que no hay un desarrollo normativo, está el código civil hay un artículo muy claro que hablan de los derechos y deberes de los padres"*

*E1 "Alguien que haya que obligue a los familiares, porque esa mujer tiene poder que no esté sola que le den sus comidas a sus horas, que pueda salir a la calle, con su carrito de ruedas..A alguien que tuviera poder y pudieran obligar a los hijos a que le pusieran una persona."*

#### **4. Evitar La Institucionalización.**

Tampoco calificaron como *de justicia* la institucionalización sin haber explorado mejores alternativas —desde la perspectiva del envejecimiento activo, el trabajo en equipo y la coordinación integral—. Pese a esta propuesta y a la consciencia de que lo ideal pasaba porque el mayor permaneciera la totalidad o la mayor parte del tiempo en su propio domicilio, las participantes se resignaban a una solución no deseada, la de la institucionalización como último recurso, una institucionalización con forma de residencia o de pisos tutelados. Esta solución era el único remedio (atendiendo a su discurso) para mayores en riesgo social condenados a la soledad, a la falta de atención familiar y al deterioro cognitivo, necesitados de cuidados permanentes durante 24 horas.

*E1 "Tu veías que esa era la solución: no había otra solución, al final, no había otra solución. Con la Antonia, no había otra solución...no la había."*

*GRE2 "Por eso digo yo que el tema de vulnerabilidad está mucho en función del nivel económico, mucho. Pero de un nivel económico hacia abajo, una de las soluciones, .está en las residencias, los pisos tutelados"*

*GC4 "Aparte esas personas que no quieren institucionalizarse, que no quieren salir de su casa, pues a lo mejor habría que tener un servicio de ayuda a domicilio más amplio."*

*GC2 "He tenido casos, pero normalmente al final se han llegado resolver y es que al final pues es que al final se han movido a una residencia de ancianos..."*

*GC3 "Si tú pudieras mantener tu independencia dentro de la casa de tu hija, yo creo que lo mayores no tendrían ningún inconveniente en ir con sus hijos. El problema es que no, van a interferir en una familia, no quieren. Yo tampoco querría."*

*T2 "Y mucha gente es muy reacia a dejar su casa para irse a una residencia, pero yo creo que es el sitio donde pueden estar... Esta gente que está completamente sola o que tiene algún familiar que un día a la semana o cada 15 días dispone de dos horas para estar con ellos, el resto del tiempo no pueden estar solos"*

Por otro lado, eran conscientes de que, en ocasiones, el mayor en riesgo social se adaptaba de buena gana a este último recurso, al encontrar un espacio que realmente le ofrecía una mejor calidad de vida y del que, en consecuencia, no quería salir.

*GRE2 "Esta mujer tuvo un ingreso de urgencia de "escaso familiar" y entró en una residencia por un mes. Y después no hubo quien la sacara de allí"*

No obstante, cuando *había que salir* del domicilio, proponían otros modelos residenciales de los que eran conscientes, como viviendas compartidas, otras formas de *cohousing*, viviendas tuteladas, o residencias en la zona o barrio donde vivía el mayor. Estos otros modelos ofrecían, para los entrevistados, ventajas muy atractivas, como la de pasear (cuando podían hacerlo) por entornos urbanos conocidos y el mantenimiento de su red vecinal, evitando así el desarraigo. Fueron nutridas las intervenciones en esta dirección.

*GRT1 "Son municipales. Ya te digo, lo mismo residencia, que pisos tutelados... son una solución para determinados casos, genial. Es para personas mayores"*

*GC2 "Los pisos tutelados o los pisos compartidos son otro tipo de residencias que tal vez se podrían dar, ¿no?"*

*GC5 "Entonces yo creo que deberíamos de decir, aquí hay que buscar otras soluciones. Como han buscado en otros países extranjeros, el hacer las viviendas con las zonas comunes"*

*GC5 "Pues yo si fuera el Estado, pensaría lo que te he dicho, pensaría: voy a poner un sistema de residencias, llámalo X, para los que puedan estar como en su casa, con un*

*apartamento y demás, pero que tengan los servicios que necesiten, y puedan tener a la hora de ayudarles personal que les atiende y mantenerlos autónomos lo más posible” [...]. Un tipo de residencia donde se mantengan independientes hasta que puedan, dándole una serie de actividades, pero que tengan la atención de las cosas que ya no pueden realizar por sí mismos, como es la comida, la compra...”*

*GRE1 “El hecho de que una residencia esté en el propio pueblo donde vive una familia o las personas, es un condicionante tremendo, tremendo, para que el ingreso en una residencia, la estancia en una residencia se lleve bien o se lleve mal. Es decir, en un pueblo o en una localidad, que lo mismo que hay un consultorio, una iglesia, un mercado, o un bar, tiene que haber una residencia, impecablemente, para la gente que vive en ese pueblo. Si tu entras en una residencia, donde los residentes son los de tu pueblo, al cabo de mucho tiempo, tú lo ves como algo normalizado”*

*GRE1 “Porque los ves que además en la residencia los cuidan las que son del pueblo, su sobrina, la amiga de su sobrina, la hija de la vecina que la conoce de toda la vida, van como un pincel. No se han desarraigado nada. Porque además en el pueblo sigue yendo a su casa, y a su bar... es decir, no es nada traumático. Eso yo he observado que es una solución”*

En todo caso, eran conscientes de que un cambio tan señalado en la vida de los mayores necesitaría de la consideración de un periodo de adaptación, de un hacerse progresivamente a la nueva situación cuando esta, inevitablemente, apareciera en su horizonte vital.

*GRE1 “Yo encuentro a gente que es independiente, como algo que es un centro lúdico, donde van a participar Y es como un periodo de adaptación. “El primer día, una hora Es un lugar donde van a participar...Con los animadores socioculturales, van a las actividades grupales, dar actividades de estimulación, van a pintar con colores”*

## **5. Disponer De Mayores Recursos.**

Todos los profesionales tuvieron claro que, si se quería mantener la actividad y prevenir la dependencia en la vejez, impulsar el trabajo de equipos de AP, lograr la coordinación de todas

las partes implicadas y evitar la institucionalización, se necesitaban (clara y meridianamente) más recursos. Pero, al mismo tiempo, conocerlos, fiscalizarlos, dar eficacia a la ley de dependencia, aumentar presupuestos, mejorar la dotación para la coordinación (y para otros modelos residenciales) e, igualmente, invertir en educación social.

La valoración de los recursos, en cuanto a sus características, volumen y eficacia fue una demanda de los participantes. Eran conscientes de la alta generación de iniciativas, a nivel político, que terminaban por concretarse, pero, al mismo tiempo, no se llegaban a conocer ni, menos aún, estimar su verdadera funcionalidad y eficacia.

*T3 “A lo mejor no son tanto los recursos que hay que crear, a lo mejor existen muchísimas cosas... Se han hecho tantísimas cosas en los últimos años, se han creado tantísimas cosas. A veces es un poco así, entre comillas ‘a tontas y a locas’, que no ha sido tan ‘a tontas y a locas’, que da la impresión de que no han tenido una utilidad. Claro, no las optimizas. No?”*

Efectivamente, tenían clara la pertinencia de valorar las ayudas o recursos asignados pero, más allá de conocerlos y reconocer o no su utilidad y suficiencia, reivindicaron: 1) hacer el seguimiento de estas ayudas (sobre todo en los casos agudos) y, 2) el compromiso para hacer un buen uso de las mismas.

*GRE” “Yo creo que a corto plazo la fiscalización de estas ayudas es necesaria*

*GUGC1 “con la ley de dependencia se actúa en el peor momento en algunos procesos agudos que posteriormente pasan y no se vuelven a realizar, con lo cual hay personas que están con sueldos exilio, qué comparados con otras que lo están pidiendo ahora, están mucho mejor, ¿y cuál es el problema? Que son siempre los mismos, si lo vemos nosotros”*

La totalidad de entrevistados exigieron que el seguimiento y el compromiso mencionados fuera aplicado al considerado como el “bastión” de los recursos legislativos, el que más esperanzas y frustraciones había generado, desde su creación, en pacientes y profesionales: la Ley de Dependencia. Se preguntaban hasta cuándo habría que esperar para una real aplicación en todos sus términos. Proponían, además, su análisis y revisión para una mejor

adecuación a las necesidades del mayor, entre las que subrayaban la personalización de la atención —con creación de recursos y respuestas a medida, con soluciones adaptadas, a través de una valoración individual, alentando y consensuando la toma de decisiones— y la de permanecer en su domicilio —con la eliminación de barreras en las viviendas para mejorar la accesibilidad, la provisión de ayuda (una ayuda con suficiente tiempo) para la satisfacción de necesidades básicas en el mismo (como la alimentación)—.

*GC2 “Entonces, el sistema de dependencia tiene que ser un bastión de cualquier sistema sanitario occidental, y en España y Andalucía, igual. Yo creo que esos son los dos bastiones, el envejecimiento activo y potenciar la dependencia (residencia, ayuda a domicilio, recursos). Todo ello cuesta dinero, evidentemente.”*

*GRE1 “Las cosas de las leyes de dependencia, que no están concediendo nada, que a lo mejor podrían estar en su casa, pero que le hagan ciertas cositas, como lo de que la laven, le hagan sus comiditas, de todas esas cosas... y se pasa el tiempo y no ...esas ayudas no las están recibiendo ahora. Les resolvería un poquito los problemas “*

*E1 “Esta mujer..., el hijo vive con ella. Pero esa mujer, si a lo mejor le concediesen la ley de dependencia que se la hice hace muchísimo tiempo... tú me entiendes... porque si el hijo le hace las compras y todas esas cosas, la otra muchacha que le pongan le puede hacer el resto de las cosas, y todo... por ejemplo, y está ella además acompañada. Porque el hijo, además, esta regular por que el hijo se tomó pastillas, y se ingresó en la Cruz roja, que el hijo desde que se ha separado... está tocaíto del ala, . Por que para ella, el hijo no es una ayuda, es una carga para ella”*

*T1 “La ley de dependencia y más, es un proyecto de mayores, de otro tipo de vida, de otro tipo de cosas, otro tipo de organización, sí. No sólo la ley de dependencia, todos tendríamos que contribuir hacia otro tipo de modelo, porque cuando nos hacemos mayores tenemos que hacer otro tipo de modelos”*

Otro consenso evidente en el discurso de los entrevistados estaba referido a la necesidad de más recursos, y ello requería aumentar el presupuesto para la atención a las personas mayores, en general, y a las de riesgo social, en particular. Tenían claro que las personas con recursos económicos lo tenían más fácil, con el dinero como garante de cuidados, sí, pero con una atención sociosanitaria bien presupuestada como garante de la equidad y dignidad en los cuidados. Todos observaban que hacía falta más dinero para aumentar las ayudas sociales para que los cuidados en salud llegaran a los domicilios.

*GUT1 “Como no la aborden presupuestariamente la ley de dependencia, en condiciones, siempre vamos a estar a así, y las personas van a seguir como están, es lo que tú dices, aquellas personas que se puedan pagar con un copago, como tú dices...”*

*GC2 “Las instituciones tienen que ser un soporte que tiene que estar ahí detrás y aunque sea feo decirlo, son recursos económicos a fin de cuentas. Por muchas vueltas que le demos, podemos hacer magia, podemos hacer lo que quieras, pero los recursos económicos son fundamentales para cubrir necesidades”*

*GC2 “Yo lo que insisto es que hay que reforzar los medios que hay de cara a la atención a eso, tener más herramientas, tanto las instituciones sociales como sanitarias de cara a abordar esos casos”*

*GUT2 “Sí, sí, eso está claro, yo desde mi punto de vista es una que vamos...también es fundamental, el problema fundamental junto a como se paga, a la sostenibilidad del sistema desde el punto extraeconómico ¿no?”*

*T1 “Qué queremos hacer. Nos dan mucha pena, que los abuelos están solos, que se mueren solos, pero bueno... a nivel social hay que reivindicar. ¿Qué tenemos que reivindicar? Una dignidad y unas mínimas condiciones, ¿no? Digo yo, socialmente, yo quiero que mis abuelos tengan mínimas condiciones y si tengo un abuelo que ya no se puede lavar, por favor, que vaya alguien y lo lave.”*

Como facilitadora de la eficacia de los cuidados, no olvidaron que la propuesta de coordinación descrita arriba necesitaba no sólo de voluntad, sino de dotación presupuestaria, planteando la necesidad de crear espacios sociosanitarios para que los distintos profesionales pudieran hacer efectiva dicha coordinación, intercambiando información y sorteando las barreras de comunicación, para abordar, con fluidez, la complejidad de la problemática atendida.

*T1 “ Que vamos a crear (espacios) sociosanitarios,. Hazme algo intermedio. ¿De quién? De Salud, de Servicios Sociales, Sociosanitarios... “*

Los “otros” modelos residenciales, junto a sus alternativas, a juicio de los participantes, no eran gratis y, por tanto, necesitaban, igualmente, de dinero para poder llevarse a cabo. Cualquiera de las alternativas planteadas requería de un presupuesto que contemplara la satisfacción de las necesidades de seguridad, higiene, alimentación, comunicación, recreo...

*GRT2 “No son residencias, no llegan a ser residencias, pero bueno, podía ser un paso...tienen portería, yo pondría más cosas, el tema de limpieza, por un precio más o menos ajustadillo, el tema de comidas...”*

*GC1 “Lo que pasa que claro ellos, muchos quieren estar en la residencia de su pueblo.*

Por último, los profesionales identificaron la educación social (y en *lo social*) como el recurso de recursos ya que, sin él, ninguno de los demás sería posible o sostenible. Reconocían la necesidad de la toma conciencia de que todos formamos parte del estado, y del uso racional de recursos proporcionados por el mismo, valorando logros y puntos de partida, tanto desde el rol profesional como el de ciudadano. En definitiva, esta educación social (y en *lo social*) constituía una de sus propuestas porque señalaban (por ejemplo) carencias en la optimización de los recursos desde el propio sistema.

*GUE1 “Yo creo que no se optimizan los recursos por los mismos profesionales. Tenemos que saber optimizar los recursos nosotros mismos, de una manera adecuada. ya a la población habrá que educarla, pero yo, creo que nosotros mismos, optimizar los recursos”*

*T3 “A lo mejor no son tanto los recursos que hay que crear, a lo mejor existen muchísimas cosas... Se han hecho tantísimas cosas en los últimos años, se han creado tantísimas cosas. A veces es un poco así, entre comillas ‘a tontas y a locas’, que no ha sido tan ‘a tontas y a locas’, que da la impresión de que no han tenido una utilidad. Claro, no las optimizas. No”*

Los profesionales también enfocaron su mirada, a este respecto, en la pertinencia de educar a la población en el uso responsable de los recursos, aseverando que no se trataba tanto controlar o fiscalizar, sino de educar desde *el principio*.

*GRT2 “No creo que la opción sea tanto fiscalizar como el educar en la que utilización de los recursos, sea sociales o sanitarios”*

*T1 “Yo creo que es más una cuestión educacional, desde el principio, prácticamente desde el principio, desde el colegio, que el gasto tanto social como sanitario, que se vaya haciendo conciencia, del sistema que sea, eso repercute directamente sobre todos.”*

La educación en la optimización de los recursos también pasaba (juzgaron) por la puesta en valor de la propia asistencia sanitaria, del valor dado al propio sistema sanitario, que por ser universal y gratuito, era *menos-preciado* y tenido en cuenta desde una mentalidad extractivista, en muchas ocasiones, por la ciudadanía.

*GUGC1 “Hay que ponerlo en valor todo lo que es el servicio prestado, pero creo que no está en valor todavía. Y tampoco estamos en valor somos los profesionales, o sea una persona te tiene que venir cuando le das expectativas reales, te tiene que venir pues vaya pues esto es lo que te da el seguro, yo llevo toda la vida cotizando... en fin... ya ponen en cuestión lo que es el valor de un profesional y luego eso, la gratuidad”*

*T1 “Es que aquí la mentalidad de la gente es intentar aprovecharse lo máximo posible de todos los recursos, pero, vigilar eso, no creo yo que sea, porque al final necesitarías una persona por cada habitante, para controlar que no se le vaya en el gasto público del que sea el que sea, si no que , yo creo que es más una cuestión educacional, desde el principio,*

*prácticamente desde el principio, desde el colegio, que el gasto tanto social como sanitario, que se vaya haciendo conciencia, del sistema que sea, eso repercute directamente sobre todos.”*

No obstante, reconocían que, a veces, era la propia ciudadanía el modelo ejemplar respecto a esta educación y conciencia social, con ejemplos contrarios a las actitudes descritas arriba por T1. En ocasiones, los receptores de la ayuda solicitaban la revisión y retirada de la misma, al haber mejorado sus condiciones socioeconómicas.

*GUM1 “Y me decía: “Que vengo a solicitar la revisión” “Que me quiten la ayuda”.*

## DISCUSIÓN

Los resultados del análisis de los discursos de los profesionales participantes en el estudio coinciden con el perfil descrito por el Servicio Andaluz de Salud en su Cartera de Servicios de Atención Primaria en lo que se refiere a la Atención al riesgo social en salud (Servicio Andaluz de Salud, 2006). Esta coincidencia ya ha sido descrita anteriormente (López Doblas & Trinidad Requena, 2007; Romero Romero et al., 2009).

El mayor en riesgo social es definido por los profesionales de AP cómo: “una persona mayor con **problemas de morbilidad y comorbilidad**, muchas veces con una visión distorsionada de su salud, **sin apoyo o escaso apoyo familiar o social** (vecinos o amigos) e **institucional**, que habita en **viviendas o en barriadas con barreras de accesibilidad**, y con escasos **recursos económicos**, o con ellos pero que hacen un uso no adaptado a las necesidades que presentan. Todo esto lo hace vulnerable, encontrándose, además, situaciones de **maltrato**. Además, los recursos formales con los que cuenta son insuficientes – la mayoría de las veces- lo que genera una frecuente **traslación de responsabilidad al sistema**, en el que pone unas expectativas exageradas. Llama la atención la alta frecuencia con la que se encuentran los profesionales estas situaciones entre las personas mayores y la dificultad para abordarlas en este estudio.

Teniendo en cuenta la complejidad del perfil descrito, los resultados del estudio dejan ver unos profesionales **desbordados** por la situación del mayor en riesgo social y por los problemas que su atención presenta; una situación que también ha sido descrita anteriormente por estudios previos (Aguilar et al., 2018; Alvarez Gregori et al., 2020; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Frazee et al., 2021; Hansson et al., 2018; Iglesias-Souto et al., 2018; Imsero, 2023b; Martín Lesende et al., 2010; Menéndez Granados et al., 2019; Molés Julio et al., 2016; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015; Rotaèche del Campo & Gorroñoigoitia Iturbe, 2022).

Si analizamos esta situación detenidamente, existe un primer factor que ayuda a entenderla: **el envejecimiento poblacional**. El sistema sanitario (concretamente, la Atención

Primaria), y los profesionales que atienden a la persona mayor, se ven afectados por el envejecimiento poblacional. Como se puede comprobar en diferentes fuentes, el incremento de población de personas mayores 80 años es notable (Agost Felip et al., 2021; Alonso et al., 2019; García Rodríguez, 2010; Junta de Andalucía, 2022a; Menéndez Granados et al., 2019; Rotaache del Campo & Gorroñoigoitia Iturbe, 2022; WHO, 2018) y esto tiene una clara repercusión en las demandas de atención, pues, habitualmente, el incremento en la edad viene acompañado de un incremento de discapacidad. Esto explicaría las referencias de los profesionales del estudio a los muchos casos que atienden a diario.

Es decir, junto a la edad, podemos hablar de un segundo factor protagonista: **el deterioro relacionado con el envejecimiento**, los síndromes geriátricos, las complicaciones sobrevenidas por la cronicidad, la pluripatología y la polifarmacia, entre otros (Aguilar et al., 2018; Besora-Moreno et al., 2020; Casado-Durandez et al., 2017; Hoedemakers et al., s. f.; Mena Roa, 2022; Romero-Medina et al., 2019).

Analizadas estas dos primeras situaciones “objetivas” relacionadas con el riesgo social (y las demandas de atención derivadas del mismo), habría que reflexionar sobre una condición “subjetiva” que añade complejidad a esta salud disminuida por la edad: **la visión distorsionada que algunos mayores tienen de sus capacidades**. Este aspecto también es señalado por estudios previos que, además, añaden que esta visión puede estar distorsionada por los profesionales que los valoran (Perilla Orozco et al., 2020; Robledo Marín et al., 2020, 2020; Sánchez Barrera et al., 2019)

Reconocidas las situaciones personales que constituyen retos en la atención del mayor en riesgo social, habría que introducir un componente nuevo: su contexto; y es que estas situaciones de riesgo social no se asocian solamente a aspectos personales del mayor, sino también otros factores como los **aspectos familiares, sociales y ambientales** (Casado-Durandez et al., 2017; Cervantes Becerra et al., 2015; Molés Julio et al., 2016; Oliva et al., 2011; Park et al., 2018a; Romero-Medina et al., 2019). Así lo informan estudios previos, que señalan cómo la

situación de aislamiento y la falta de apoyos llega a tener más repercusión que la propia situación clínica del mayor (Gallo-Estrada & Molina-Mula, 2015; Imsero, 2022; Pinzón-Pulido et al., 2016).

En este sentido, los resultados del presente estudio dejan ver a unos profesionales sensibles a estos problemas, conocedores de muchos de los riesgos en esta población. Entre estos riesgos, la bibliografía destaca: el riesgo de caídas, el aislamiento, soledad, problemas de medicación y seguridad, incluso casos de muerte (Agost Felip et al., 2021; Alonso et al., 2019; Doblas & Del Pilar Díaz Conde, 2013; García Rodríguez, 2010; Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la & Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, 2022; INE, 2021; Menéndez Granados et al., 2019; Rotaèche del Campo & Gorroñoitía Iturbe, 2022; WHO, 2018).

En este contexto de los factores sociales, uno de especial trascendencia son las **condiciones de la vivienda**. La falta de condiciones de habitabilidad (frío/calor), las barreras de acceso a la calle (con pisos de más de tres y plantas sin ascensor), la falta de adaptación del hogar (suelos, bañeras), entre otros, tienen una enorme repercusión sobre la salud y, por consiguiente, sobre el bienestar del mayor.

En este sentido, las estadísticas señalan cómo España tiene uno de los números más elevados de mayores con las necesidades residenciales no cubiertas (Abellán-García et al., 2019; Casado-Durandez et al., 2017; Doblas & Del Pilar Díaz Conde, 2013; Lebrusán, 2022; WHO, 2015, 2018). Además, Andalucía se encuentra entre las regiones con una vulnerabilidad extrema en el aspecto residencial; y es que las inversiones en la adaptación de vivienda son muy escasas (Lebrusán, 2022), coincidiendo con lo reflejado por los profesionales en este estudio.

A esta situación de precariedad, le tenemos que añadir el deseo que tienen los mayores de vivir en su domicilio. En este estudio, como en estudios previos, los profesionales señalaron que la **residencia es la última opción** para los mayores. Concretamente, en un artículo consultado aparece la pregunta “*¿hasta cuándo los mayores solos van a estar en sus domicilios?*”

y los profesionales coinciden en su respuesta con el deseo de esos mayores: *“Hasta que tengamos la certeza que van a estar bien cuidados y con el apoyo necesario para estar hasta cuando ellos decidan estar”* (Lebrusán, 2022; Montenegro & Soler, 2013). Sin embargo, también hay ocasiones en las que los profesionales opinan que el ingreso en una residencia es la única opción de la persona mayor, sobre todo cuando existe alta probabilidad de complicaciones en su salud o de consecuencias para su seguridad.

Otra barrera identificada por esta investigación en el contexto del mayor (entre los factores sociales) es el **aspecto económico**: los resultados destacan cómo tener o no tener recursos económicos, e invertir en la propia adaptación de vivienda o contratar a alguien para cubrir necesidades, condiciona un mayor o menor riesgo social (Gobierno de España, 2022; Imsero, 2023a).

En este sentido, según fuentes del Imsero y otros estudios oficiales, el principal indicador económico para valorar la situación es el sueldo.; y en el caso que nos ocupa destaca una realidad: las mujeres son más vulnerables que los hombres -existe un índice de pobreza mayor en mujeres-, sobre todo entre aquellas que cobran la pensión no contributiva (Imsero, 2023a). En estos casos, la pensión difícilmente llega para responder a las necesidades del hogar (agua, electricidad, y otros gastos) -principal gasto de las personas mayores-, o para responder a las necesidades de alimentación (Abellán-García et al., 2019), el segundo concepto de gasto en población mayor.

Pero además de la pensión, los resultados del presente estudio revelan otro factor importante a la hora de hablar de situaciones de riesgo social: el caso en el que la persona mayor tiene ingresos o ahorros, pero *“no los gasta”*; y es que muchas personas mayores viven cubriendo sus necesidades básicas para que, llegado el momento, puedan disponer de un *“colchón para lo que les haga falta”*. Existen estudios donde, a pesar de no hablar explícitamente de este tema, sí lo dejan ver, sobre todo cuando hacen referencia a que el mayor tiene vivienda

en propiedad y otros bienes (Abellán-García et al., 2019; Imsero, 2023a; López Doblas & Trinidad Requena, 2007).

No obstante, dentro de los factores sociales, el lugar protagonista lo ocupa **la familia** o, en definitiva, **el apoyo social**. Un apoyo social adecuado, unido a una buena capacidad funcional e instrumental, se considera requisito suficiente para que la persona pueda permanecer en su hogar, con una adecuada calidad de vida (Montenegro & Soler, 2013). Sin embargo, estos no son los casos de los que hablan los profesionales de este estudio.

**La familia** es la principal fuente apoyo ante situaciones de riesgo. Las personas desean ser cuidadas por su familia. Además, a poder ser, sin abandonar su domicilio (Casado-Durandez et al., 2017; Del Pino Casado, 2010; Gallo-Estrada & Molina-Mula, 2015; Grande-Gascón & González-López, 2017; Iglesias-Souto et al., 2018; Imsero, 2023b; Román Sánchez et al., 2021).

No obstante, hablar de familia en términos generales es, sin duda, un error. Como también señalan los resultados del presente estudio, esta situación –tener familia- no es una realidad homogénea. Son muchos los factores que hay que tener en cuenta en relación con la familia y los cuidados a la persona mayor (Del Pino Casado, 2010; Gallo-Estrada & Molina-Mula, 2015; Iglesias-Souto et al., 2018; López Doblas & Trinidad Requena, 2007; Ministerio de Sanidad, 2022; Tribunal de Cuentas, 2017).

Una primera situación es **no tener familia**. Estos casos son los más complicados de gestionar. La falta de redes de apoyo es el principal factor de riesgo social en los mayores. Pero otras situaciones, en las que sí hay familia, no son menos complicadas.

Entre estas situaciones, se encuentran aquellas en las que la persona mayor vive con su cónyuge de igual o mayor edad, que es el que proporciona los cuidados. En estos casos, se describen situaciones en las que los problemas de uno y de otro impiden proporcionar unos cuidados adecuados, siendo frecuente, además, el cansancio de la persona que cuida (Abellán-García et al., 2019; Doblas & Conde, 2018).

Los resultados también reflejan aquellos casos en los que la familia existe, pero son pocos hijos, los hijos viven lejos, o en los que la propia situación de los hijos ya es complicada. Estas situaciones también son conocidas por los profesionales de este estudio -entre aquellos casos identificados como personas mayores en riesgo social- y son abundantemente descritos por estudios previos (Alvarez Gregori et al., 2020; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Doblas & Conde, 2018; Iglesias-Souto et al., 2018; Imsero, 2023b; Molés Julio et al., 2016).

Por otro lado, también es importante reflejar que, cuando las familias se implican en el cuidado no son conscientes de los retos a los que se enfrentan, y se descubren sobrepasadas por el esfuerzo que implica el cuidado y sin la falta del apoyo familiar e institucional que esperaban (Del Pino Casado, 2010; Ministerio de Sanidad, 2022). Y es que, como señalan Alvarez Gregori et al. (2020), *“el cuidado puede estar desconectado de los servicios de salud, dejando las necesidades de las personas mayores inadecuadamente cubiertas, con una sobrecarga sobre el cuidador mayor de la necesaria”*.

Además, como describe Del Pino Casado (2010) cuando argumenta los motivos por los que se cuida, aparecen dos que son centrales: se cuida por obligación y por presión social. Esto coincide con las numerosas intervenciones de los profesionales del estudio en las que descubrimos la mención a la “obligación” de cuidar que tienen los hijos con respecto a los padres. Este carácter obligado del cuidado hacia los mayores repercute directamente, y sin duda, en la sobrecarga del cuidado (Abellán-García et al., 2019; Frías-Osuna et al., 2019a).

A todo esto, hay que sumar la situación del contexto español, pues España es uno de los países de la Unión Europea que dedica menos financiación pública a ayudas a la familia (Zunzunegui & Béland, 2010).

Todo lo anteriormente descrito dibuja una situación compleja para la familia, que desencadena situaciones muy diferentes, algunas de ellas disfuncionales. Así, encontramos casos en los que las familias buscan **descargar responsabilidades en el sistema**, una descarga irreal que genera situaciones de conflicto con los profesionales; y casos en los que el estrés del

cuidado llega a provocar riesgo de **maltrato en la persona mayor** (Serón & Echevarría, 2016). El maltrato en el mayor está presente en muchas situaciones descritas en el estudio, tanto el maltrato físico como en forma de violencia de género, abandono o de maltrato económico.

Entre los factores de riesgo desencadenantes de este maltrato aparece el estrés en el cuidado, pero también se describen otros como los antecedentes de patología psiquiátrica, antecedentes de abuso de drogas y/o alcoholismo en la víctima, historia familiar de violencia, eventos estresantes recientes, entre otros (Serón & Echevarría, 2016). Diversos autores, además, han relacionado el maltrato de las personas mayores con un aumento de su morbilidad, un detrimento de su calidad de vida, un incremento del consumo de recursos personales, sanitarios y sociales e, incluso, con un incremento de la mortalidad (Ministerio de Sanidad, 2022; Serón & Echevarría, 2016).

En definitiva, entre las barreras asociadas a la situación de la persona mayor encontramos situaciones personales (fundamentalmente de salud) y sociales (relacionadas con el contexto que le rodea). Aunque ambos aspectos están ampliamente descritos en estudios previos, los resultados de este estudio aportan evidencia contextualizada en nuestro ámbito.

Además, creemos que su análisis es un paso fundamental para comprender, en profundidad, el funcionamiento del sistema de salud (concretamente, la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud) y las barreras que existen en él, un análisis que tiene un lógico carácter localizado.

Para iniciar este análisis, habría que empezar diciendo que la percepción del propio estado de salud, vivir solo, la falta de apoyo social (familiar) o la soledad están relacionados con un mayor uso de servicios sanitarios en mayores (Aguilar et al., 2018; BOE, 2018) y que, en consecuencia, las personas mayores en riesgo social son grandes **consumidores de recursos sanitarios**, por la cantidad de problemas que presentan y lo difíciles que son de abordar (Alvarez Gregori et al., 2020; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; Iglesias-Souto et al., 2018; Imsero, 2022; Menéndez Granados et al., 2019; Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Respecto a las **barreras asociadas al sistema**, los resultados del estudio identifican **problemas organizativos** de base (la sobrecarga del sistema, organización y tiempos; una atención basada en la demanda, con un problema importante, la captación reactiva; y al final, un problema social que termina en demanda sanitaria); la **falta de recursos institucionales** (escasos, no llegan a tiempo; no hay respuestas rápidas ni en casos urgentes, solo en los casos de maltrato / violencia de género); la **falta de coordinación institucional**, además de una ausencia absoluta de coordinación interinstitucional, que no existe; y el **exceso de burocracia** (con informes repetidos derivados de las demoras). A continuación, pasaremos a reflexionar, detalladamente, sobre cada uno de ellos.

Los resultados del estudio destacan, entre los problemas organizativos, la **sobrecarga asistencial** existente, que condiciona una **atención a demanda**. Teóricamente, la Atención Primaria ha cambiado de un enfoque de la enfermedad hacia un enfoque hacia la salud, pero, como se puede comprobar en los resultados de este estudio, esto aun no es real. Se atiende la demanda, lo inmediato, dejando a un lado la práctica preventiva o la de promoción, vigilancia y seguimiento en la “cola de pendientes”. Es, principalmente, un tema estructural y de organización descrito en estudios previos (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016; INE, 2020; Ministerio de Sanidad, 2022). Pero si nos remitimos a la situación actual, la Atención Primaria se encuentra, según los profesionales participantes, aún más agravada que en años anteriores.

Este problema de atención a demanda es especialmente destacado por los profesionales que participaron en el estudio. Pero, sobre todo destacan que, en el caso que nos ocupa, se expresa en forma de una **captación reactiva** de las personas mayores en riesgo social que imposibilita ningún margen de maniobra. Los profesionales indican la pertinencia (y urgencia) de conocer la situación de la persona mayor antes de que ocurra algún suceso que implique una situación compleja de abordar. Este aspecto también es destacado por estudios previos que informan de la necesidad de conocer en detalle las características, necesidades y

demandas de la población mayor para poder exigir políticas, programas y leyes dirigidos a ellos (Gallo-Estrada & Molina-Mula, 2015; Gilardi et al., 2018; Jauregui & Romina, 2012).

Junto a los problemas de captación reactiva del mayor en riesgo social, un aspecto destacado del estudio es la **escasez de recursos institucionales**.

El libro blanco del envejecimiento (Imsero, 2023b), en su artículo 19, bajo el título “*Mayores*” aborda la necesidad de protección de las personas mayores: “*Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que se establezcan en las leyes*”.

En este sentido, se puede decir que hay mucho escrito sobre el tema: la pertinencia de un recurso u otro, a quien se asigna e incluso en qué situaciones asignar un recurso u otro (Antares Consulting, 2013; Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006; Risco et al., 2017; Tribunal de Cuentas, 2017) Sin embargo, la realidad es que los recursos disponibles son **escasos y no llegan** a los mayores. Algunos estudios e informes ponen en evidencia esta falta de respuestas (Abellán-García et al., 2019; Antares Consulting, 2013; Ministerio de Sanidad, 2022; Tribunal de Cuentas, 2021).

Quizás, la principal barrera del sistema en este punto es la falta de respuesta por falta de recursos. Las ayudas del sistema son (indignantemente) limitadas. Y es que las ayudas no son suficientes, adecuadas o simplemente no existe (son denegadas) (Antares Consulting, 2013; Tribunal de Cuentas, 2021).

Los profesionales del presente estudio hablan de esta falta de recursos de forma insistente, y no solo de recursos materiales, sino también de apoyo social, una situación que

resuelven con el uso de recursos informales del tipo ONG, vecinos, parroquias, etc. que compensan de este modo, la falta de respuesta institucional.

Esta situación es puesta en evidencia por Zunzunegui y Béland (2010), quien, como ya se indicó anteriormente, informa cómo España es uno de los países de la Unión Europea que dedica menos financiación pública a ayudas a la familia. El informe de calidad de vida de los ancianos (Helpage International, 2023) sitúa a España en el lugar 25º de 95 en 2018. Más recientemente, esta situación también es descrita por los propios informes de fiscalización, el último publicado el año pasado.

Pero, además de la falta de recursos, los resultados del presente estudio ponen en evidencia **el tiempo que se tarda** en dar cualquier tipo de respuesta. En definitiva, la inoportunidad del sistema. Este aspecto, también dispone de datos recientes que lo evidencian. A pesar de lo cual, no se dejan ver cambios a corto plazo en el sistema (Antares Consulting, 2013; Morales-Romo et al., 2021; Tribunal de Cuentas, 2021).

Si hay que destacar alguna barrera más en la atención prestada por el sistema es la **falta de respuestas rápidas** ante situaciones urgentes. Además, los resultados recogen cómo los profesionales de este estudio eran conscientes de esta falta de rapidez y cómo se indignaban, preguntándose cómo un caso urgente podía tardar dos meses.

En este sentido, hay que indicar que existe un “Itinerario de Dependencia en casos de urgencias social”. Se creó a partir de un grupo de trabajo fundado en 2018 y cuyo objetivo era precisamente dar respuesta a los casos de urgencia social. En este “Itinerario” se regulaba tanto los requisitos como un procedimiento específico, de forma que, el 21/12/2021, la agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía aprobó un *“Protocolo de actuación para la tramitación preferente en las situaciones de urgencia social y de emergencia social en el ámbito de la dependencia”* para canalizar las situaciones de urgencia que obligan a priorizar actuaciones en unos casos sobre otros -situaciones que coinciden con las que aparecen en este estudio - (BOJA, 2022)

Hoy en día, y a pesar de ello, la situación en nuestro entorno es la descrita en los resultados. Este asunto de la falta de rapidez en la respuesta también es tratado en estudios previos, comprobando la existencia de una situación similar a la que aquí se recoge (Salmerón et al., 2021).

Estas respuestas solo son rápidas en los casos de maltrato / violencia de género. En el caso de la violencia de género, existe una normativa al respecto y unas directrices encaminadas a la protección de la mujer, tanto a nivel nacional, como autonómico (Ruiz-Pérez et al., 2020).

En el caso de Andalucía, existe una Comisión específica contra la violencia de género, además de un Procedimiento de Coordinación, gracias al cual, se lleva a cabo *“una acción coordinada y global de las distintas instituciones implicadas en la atención a mujeres víctimas de malos tratos. Se contemplan una serie de recomendaciones, instrucciones y directrices acordadas por las distintas entidades desde la responsabilidad que les compete en la atención a esta población. Éstas son Centros Sanitario, Juzgados de Guardia, Comisarías de Policía, Guardia Civil, Policía Local y Unidades de Policía Autonómica, Servicios Sociales Comunitarios y la red de servicios de información a la mujer”* (Ruiz-Pérez et al., 2020).

Además, este procedimiento sobre la atención a mujeres víctimas de violencia de género se actualizó en 2021, creándose los Equipos de Referencia en Salud para la Violencia de Género (Servicio Andaluz de Salud, 2023a).

Una vez discutida la falta de respuestas existentes en la atención a las personas mayores en riesgo social, centraremos nuestra atención en la **falta de coordinación institucional**, y es que, además de ser escasos, los resultados de nuestro estudio señalan que la gestión de estos recursos está muy fragmentada.

Según las normativas existentes (Junta de Andalucía, 2022a), los poderes públicos impulsarán mecanismos de coordinación y de cooperación entre sí para resolver los problemas de atención sociosanitaria. Sin embargo, como se puede comprobar en los resultados del estudio, los profesionales refirieron que las funciones y la demarcación de responsabilidades de

los distintos agentes participantes en la gestión de estos recursos “no están claras”, y que este hecho genera no pocos problemas de coordinación.

Si empezamos por los problemas de coordinación dentro del equipo, uno de los problemas más importantes, o cuando menos llamativo, es que las trabajadoras sociales no puedan acceder a la información de salud. Este **acceso limitado a la información dependiendo del perfil** (categoría) profesional es una realidad en nuestro sistema de información Diraya (Servicio Andaluz de Salud, 2023b). La trabajadora social tiene que acudir a un profesional sanitario (médico o enfermero) para conocer el estado de salud de una persona. No poder acceder a esta información se considera otra de las barreras de comunicación que existen dentro del propio equipo de profesionales de AP (Gobierno de España, 2008).

Otro de los resultados interesantes entre los ofrecidos por este estudio es la **generación de expectativas poco reales** -en las personas mayores y sus familias- que algunos profesionales (principalmente médicos y enfermeras) transmitían en sus intervenciones. Este hecho fue considerado una barrera por las enfermeras gestoras de casos y trabajadoras sociales del estudio, pues les generaba demandas a las que era imposible responder. Situaciones similares a la descrita son referidas también en estudios previos (Rejas Bueno et al., 2022).

Analizados los problemas de coordinación dentro del equipo de AP, también resulta conveniente reflexionar sobre los problemas de **coordinación interinstitucional**, pues, aunque muchas situaciones se detectan en atención primaria, y los casos son abordados por trabajadoras sociales de los servicios de salud, son los servicios sociales comunitarios los referentes en primera instancia para la valoración de las necesidades sociales.

Hablando de coordinación interinstitucional, los resultados del estudio dejaron patente la inexistencia de ésta. Además, esta ausencia es muy evidente y constituye un asunto que está aún sobre la mesa del sistema político.

Realmente, hay barreras interinstitucionales infranqueables que repercuten en la falta de respuestas “a tiempo”, en exceso de burocracia, en demoras... En este estudio así lo exponen

los profesionales participantes, con indignación incluso. Además, las respuestas siguen sin ser rápidas, incluso en los casos que así lo precisan.

Un asunto particular en esta coordinación interinstitucional es la que se establece con el **sistema social y judicial**, necesaria para dar respuesta a los casos de incapacidad.

El envejecimiento de la población y las transformaciones en las estructuras familiares, que conllevan una menor disponibilidad para proporcionar apoyo informal, ha generado la necesidad de que las instituciones públicas asuman una mayor responsabilidad en el cuidado de las personas mayores, tanto de las personas que tienen familia como las que no tienen (Iglesias-Souto et al., 2018).

En estas situaciones, es frecuente ver cómo instituciones, públicas y privadas, han asumido el cuidado de personas “presuntamente incapaces” o ya judicialmente incapacitadas, relevando de tal responsabilidad a la familia o simplemente acogiendo a quienes carecen de ella (Abogados Civilistas, 2021). Son situaciones que recaen en los servicios sociales creados y regulados por las comunidades autónomas, y que están desarrollando un papel fundamental en la protección de las personas mayores con discapacidad (Arrazola et al., 2014; datos.gob.es & Gobierno de España, 2022). Sin embargo, como refieren las trabajadoras sociales del estudio, es aquí donde “echan en **falta la implicación y coordinación con el sistema judicial**”.

En definitiva, la coordinación sociosanitaria es una barrera en la que aún se continúa trabajando (la estrategia de coordinación sociosanitaria está sobre la mesa). Aún no existe una coordinación efectiva. Algo que no se entiende -la falta de coordinación existente entre instituciones- cuando, además, los objetivos de ambos ámbitos vienen a ser los mismos (Bazo & Ancizu, 2004; Junta de Andalucía, 2022b).

Finalmente, dentro de las barreras del sistema, y como una consecuencia directa del problema anteriormente descrito de fragmentación de la atención - y de los problemas en la coordinación de esa atención fragmentada- encontramos el **exceso de burocracia**, con informes repetidos derivados de las demoras.

La burocracia está presente en los discursos de los participantes de este estudio, fueron frecuentes las referencias a los informes, a veces repetidos, que hay que realizar para llegar a alguna solución. No obstante, es una situación que se contempla así en la misma normativa sobre coordinación (Junta de Andalucía, 2022b; Servicio Andaluz de Salud, 2016).

De este modo, el repaso a las barreras del sistema puede concluir con una reflexión recogida de un texto de Salmerón et al. (2021): *“la atención a los cuidados en España no ha logrado alcanzar el horizonte que se marcó la propia ley, manteniendo un sistema de gestión y provisión fragmentado entre administraciones, y con fuertes limitaciones para dotar de intensidad de cuidados suficientes a un volumen muy significativo de personas”*.

Junto a las barreras propias de la situación vital de la persona mayor y del sistema, los resultados del presente estudio también revelan **barreras vinculadas con la propia práctica de los profesionales**. Es decir, los profesionales reconocen que tienen déficits o limitaciones para responder a los problemas de las personas mayores en riesgo social.

Entre estas, como se informa en el apartado de resultados, destacan el **paternalismo y otras actitudes** profesionales; el **desconocimiento de los recursos**; la **falta de formación** a la hora de gestionar los problemas que presentan las personas mayores en riesgo; y la **falta de habilidades de comunicación** con la persona mayor/ familia, o incluso entre el equipo.

Respecto a la primera de las barreras indicadas, las **actitudes profesionales**, los resultados del estudio identificaron situaciones en las que no existía **identidad de equipo**, en las que “te encuentras sin apoyo” e, incluso, en las que “algunos profesionales (de tu propio equipo) se desentienden”.

El problema es que la actitud profesional y las actitudes personales de cada profesional pueden llegar a confundirse, pues forman parte de la misma ecuación: *“Cuestiones de actitud (tiene que ver con la persona, sus creencias y valores, educación) problemas éticos de decisión y cuestiones éticas de ejecución (influyen cualidades éticas del profesional, competencias o capacitación profesional, equipo y organización institucional) [...]”* (Luengo Martínez et al.,

2019). Esta consideración permite la existencia (o más bien la ausencia) de determinadas actitudes profesionales al margen del equipo.

En relación con el **desconocimiento de los recursos**, informado por los profesionales del estudio, es una realidad patente. Además, se descubre cómo este desconocimiento existe incluso entre las mismas personas responsables de informar sobre ellos.

En este sentido, hay que destacar que las políticas sanitarias, y especialmente las líneas estratégicas de Atención Primaria, incluyen que el profesional “conocerá la zona y los recursos de esta” (Servicio Andaluz de Salud, 2006). Se insta a la propia institución a “generar información actualizada de los recursos locales e iniciativas comunitarias, incluidas organizaciones voluntarias de relevancia para los usuarios del centro de salud” (Servicio Andaluz de Salud, 2006).

A pesar ello, y de que los profesionales lo hacen (y así lo exponen en los discursos del presente estudio), la realidad es que esta información es insuficiente. Las trabajadoras sociales reconocen desconocer todos los recursos institucionales puede haber, no alcanzan a conocerlo todo (consecuencia, sin duda, de la falta de información y coordinación interinstitucional ya descrita).

La trascendencia de este asunto es que, como reconoce la OMS (Urbanos-Garrido, 2016), esta falta de información puede suponer una falta de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, lo que constituye una preocupación prioritaria de este organismo.

Discutido el desconocimiento de los recursos, el siguiente punto de este análisis es la **falta de formación** descrita por los participantes del estudio

Respecto a la falta de formación y la necesidad de ésta como barrera en la atención, es un asunto que también recogen tanto sociedades científicas como las diferentes estrategias sobre el envejecimiento (Gobierno de España, 2022; Imsero, 2023a; Servicio Andaluz de Salud, 2016). Temas como trabajar sobre la autodeterminación del mayor, familias y toma de decisiones, favorecer la coordinación entre profesionales de diferentes dispositivos y la

formación e investigación en el campo de la bioética, entre otros, son asuntos pendientes descritos en la bibliografía existente (Fernández Barrera et al., 2012).

Los profesionales del estudio tienen presente el derecho a la autonomía de la persona en sus discursos. Se evidencia el derecho a la autonomía como una parte inherente de la atención. Y se reivindica este derecho a la autodeterminación del mayor (Piñas, 2020), incluso, en situaciones de mucha fragilidad y riesgo.

No obstante, reconocen que tomar decisiones en estas situaciones de gran vulnerabilidad son deliberaciones especialmente complicadas (Piñas, 2020).

Pero no es menos complejo “ponerse en manos del otro”. Es el riesgo de ser manipulado, maltratado. *“Es uno de los dramas de la ancianidad: una maltrecha libertad que obliga a depender de otros”* (Piñas, 2020). Los profesionales del estudio empatizan con la persona mayor, entienden su vulnerabilidad. Describen sentimientos de “perplejidad” e impotencia -ante la falta del apoyo más imprescindible para mantener un mínimo de cuidados-, una situación en la que los profesionales sienten que “no pueden hacer nada”.

Por eso, a pesar de todo lo dicho, a veces, se cae en el paternalismo. A través de la empatía, quieren “proteger” del peligro. Pero, como se describe en estudios previos, esto no es sino un signo de la falta de preparación de los profesionales, o incluso un aspecto para tener en cuenta desde la bioética (Piñas, 2020; Zurro et al., 2021).

Para combatir este paternalismo, algunos autores proponen potenciar los modelos “centrados en la persona”, en los que mayores y familias asumen responsabilidades, y nosotros, los profesionales, dejamos que las asuman (Ayala, 2016). Además, son modelos coherentes con los principios de corresponsabilidad de los usuarios/as y de sus familiares en el cumplimiento de los deberes de autocuidado, en el vasto campo de la prevención, el fomento de la salud y en la adherencia al tratamiento a veces esquiva. Como refieren Rico y Domínguez (Casado-Durandez et al., 2017), la persona tiene el derecho y el deber de participar en regular su propia salud.

Otra de las barreras identificadas en la práctica de los profesionales participantes en el estudio es la **falta de habilidades de comunicación**. Esto no es algo nuevo, encontramos abundantes referencias al respecto (Cervantes Becerra et al., 2015; Germán Bes et al., 2011; Zurro et al., 2021).

Es cierto que parte de los problemas de comunicación vienen derivados de las expectativas – irreales, exageradas- que tiene la persona a la que se atiende, como así lo exponen los profesionales. Sin embargo, en algunas intervenciones, también se identifica la falta de preparación del equipo de salud para promover un involucramiento activo del paciente – en nuestro caso, de la persona mayor y de su familia- (Cervantes Becerra et al., 2015; Germán Bes et al., 2011; Petretto et al., 2016; Zurro et al., 2021).

Discutidas todas las barreras que participan en el asunto que nos ocupa, a continuación, dirigiremos nuestra atención a otro asunto: cómo los profesionales del estudio señalaban **gestionar todos estos problemas**.

Se trata, sin duda, de una gestión complicada por todas las barreras anteriormente mencionadas. La notificación de los casos, la relación con el equipo, la derivación y coordinación interinstitucional, etc. Todas ellas se identifican en cada una de las intervenciones y gestiones realizadas.

En esta gestión de los casos de mayores en riesgo social aparecen, como se indica en los resultados de esta tesis, las **trabajadoras sociales y enfermeras gestoras de casos** como el “nudo inmaterial” que liga y resuelve la atención de este tipo de casos. No obstante, este papel central no es sino el que le otorga la cartera de servicios del SAS (Servicio Andaluz de Salud, 2006) a estas figuras y que las señala como actores/actrices fundamentales en la coordinación del caso.

Además, trabajadoras sociales y enfermeras gestoras de casos también son, en los resultados del presente estudio, las figuras protagonistas de la **información ofrecida** al mayor y la familia en riesgo social; una información, como indicábamos en resultados, “situada”, es decir,

en la que se incorporan referencias a la complejidad de los trámites, la demora, la “posible insuficiencia”, etc.

Llegados a este momento, hay que destacar el punto de inflexión de la actuación profesional en estos casos de riesgo social: la **solicitud de la ley de dependencia**, con todos los trámites que conlleva un proceso caracterizado por la fragmentación y la necesidad de coordinación, y con toda la burocracia que deriva de los problemas existentes en dicha coordinación -fundamentalmente, la **realización de informes**. No obstante, y como se indicaba anteriormente, esta realización de informes es una situación que se contempla así en la misma normativa sobre coordinación (Junta de Andalucía, 2022a; Servicio Andaluz de Salud, 2016).

A pesar de ello, y más allá del ingrato trabajo de realizar informes, - pues “cuando las situaciones son complicadas, no se resuelven por más informes que se realicen”- los profesionales señalan la importancia que tiene **el trabajo en equipo y la colaboración** entre los profesionales del centro de salud. En este sentido, encontramos estudios previos que destacan la importancia del abordaje interprofesional del caso y la responsabilidad de cada uno de los perfiles que intervienen en los casos (Zarebski, 2021).

Junto al trabajo en equipo, la **intervención familiar y el apoyo a la toma de decisiones**, es fundamental -con situaciones donde la escucha activa es la única respuesta que pueden dar-. A pesar de todo, los profesionales destacaron la profesionalidad, y el uso de la comunicación que caracteriza las actuaciones profesionales.

Finalmente, resulta oportuno terminar este apartado de “cómo gestionan los profesionales estos problemas” señalando el enorme **gasto emocional** que supone esta gestión pues, con demasiada frecuencia, exige “buscar las vueltas al sistema”, “traspasando los límites de la función profesional”. A pesar de lo cual, como describían los profesionales del estudio, no se dan por vencidos y mantienen la lucha de la “no aceptación” de la realidad.

Respecto a la **repercusión emocional que esta gestión de la atención** a mayores en riesgo social provoca en los profesionales, no es algo “totalmente” nuevo en la literatura. Desde

siempre ha preocupado el tema emocional en los trabajadores del sistema sanitario y cómo la atención a los pacientes repercute en la salud de los profesionales. La razón de esto queda patente en los resultados de la presente tesis. La relación de ayuda y el trabajo emocional que se desarrolla con los pacientes lo justifican claramente.

Pero, además, esta relación es especialmente cercana en todos los profesionales de Atención Primaria, como indican estudios previos (Feldman & Blanco, 2006; Gómez-Urquiza et al., 2017; López-Cortacans et al., 2021; Marchena Hernández & Torres Brieva, 2011).

Si a todo lo anterior, añadimos que el contacto con personas que acumulan muchos y pesados problemas supone una carga aún mayor, podemos entender cómo la atención a personas mayores en riesgo social supone un enorme gasto emocional. Fundamentalmente “por discrepancia entre esfuerzos realizados y logros conseguidos” (Herrera Cardona & Castañeda Sánchez, 2020; Luengo Martínez et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Montero-Marin et al., 2016; Ruiz-Fernández et al., 2020, 2021).

En este estudio, las emociones relacionadas con la atención a la persona mayor en riesgo social aparecen en los discursos de los profesionales desde el primer momento. Cuando se valoran los casos y se identifican las necesidades en el mayor, aparece impotencia, frustración, indignación, rabia y resignación, sobre todo ante las respuestas del mayor, del sistema, de la familia, “por no poder dar soluciones rápidas”, etc.

Sentir que todo lo que hacen “no sirve de nada” supone discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido -como indicábamos anteriormente-, y esto, por desgracia, sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara personas con riesgo social.

Las situaciones aquí expuestas, como la falta de coordinación, la falta de recursos, la falta de tiempo -entre otros-, están contemplados en estudios como causas de emociones negativas (como las que aparecen en este estudio) y que, además, generan estrés, burnout o problemas como la llamada “fatiga por compasión” (Agarwal et al., 2020; Ashkanasy & Dorris, 2017; Aung & Tewogbola, 2019; Boyle, 2016; Budeva, 2016). Sin embargo, estos estudios suelen

estar localizados en unidades específicas (normalmente hospitalización y unidades como urgencias o UCI). Pocos estudios están relacionados con la atención al mayor en riesgo, como es este caso.

Por otro lado, los profesionales de este estudio reconocen el impacto positivo del equipo en su propia labor y la satisfacción por un trabajo bien hecho, la relación de empatía y de complicidad con las personas que atienden, el sentirse útil o también la satisfacción por compasión. Estos resultados también coinciden con estudios previos que informan cómo la satisfacción de los profesionales aumentaba cuando su experiencia profesional era reconocida por otras disciplinas y por los usuarios y/o familiares (Agarwal et al., 2020; Budeva, 2016; Flores et al., 2013; Herrera Cardona & Castañeda Sánchez, 2020; Marchena Hernández & Torres Brieva, 2011; Monsalve-Reyes et al., 2018; Ruiz-Fernández et al., 2020).

Los profesionales no eran ajenos al término *envejecimiento activo*, y entendían que apostar por este concepto ayudaba al mayor a mejorar su salud desde un punto de vista integral, al considerar aspectos basados en sus derechos, necesidades y capacidades (Agost Felip et al., 2021; Consejo Estatal de Personas Mayores, 2017; LXIX Asamblea Mundial de la Salud, 2016; OMS, 2023). España también ha puesto, como país, atención al concepto y a sus bondades y, desde hace años, trabaja en su progresiva implantación. Dentro del estado español, Andalucía fue la primera comunidad autónoma que incorporó el marco referencial del envejecimiento activo con la publicación, en 2009, de su Libro Blanco (Agost Felip et al., 2021). Este informe aportó, coherentemente, una visión del envejecimiento más inclusiva y de participación social, de acuerdo con las capacidades diversas, recogiendo una serie de principios como: protección, coordinación, inclusión, intergeneracionalidad, y atención al entorno urbano y rural. Los profesionales que participaron en su elaboración calificaron como oportunidad de mejora asociada a su implementación: 1) el poder contar con el mayor en la prevención de complicaciones, 2) la participación de la toma de decisiones en lo que atañe a su salud y 3) mayor participación en la comunidad, entre otras ventajas (Agost Felip et al., 2021).

El envejecimiento activo y la prevención de la dependencia está vinculado, como se vislumbra arriba, con la dilucidación y consenso con los mayores sobre sus necesidades. Los participantes del estudio consideraron como mejoras la captación activa en los programas de atención y el tener una valoración previa, sobre todo para conocer los riesgos e intervenir antes de que se produzca el problema. Distintos estudios avalan esta propuesta, con la identificación y valoración del riesgo en el mayor, tanto con la evaluación de riesgos e identificación de casos (Gilardi et al., 2018; Molés Julio et al., 2016), como con el establecimiento de mecanismos eficientes de valoración de necesidades de los mayores cuando contacten con el centro de salud, con el fin de conseguir la asignación del profesional más adecuado y la priorización la atención domiciliaria (Rotaèche del Campo & Gorroñoigoitia Iturbe, 2022).

Por tanto, la pertinencia de valoración geriátrica integral para ancianos con necesidades complejas es una herramienta indiscutiblemente ligada al envejecimiento activo y a la prevención de la dependencia, beneficiando, principalmente, a mayores frágiles, con enfermedades crónicas que generen algún grado de discapacidad, que hayan tenido alguna hospitalización reciente, que tengan un peor nivel socioeconómico, y a aquellos que tengan un precario soporte social. Indudablemente, son estos perfiles los que van a tener mayor necesidad de recursos y, de no abordarse sus problemas de forma individualizada, pueden ver cercana la necesidad de institucionalización por no poder valerse de manera autónoma (Wanden Berghe, 2021).

Este enfoque, junto a sus herramientas concretas, ha terminado por adoptarse y emplearse en el sistema de salud, al plantearse, como objetivo, el examen de salud del anciano y la atención a la cronicidad. Sin embargo, los riesgos no son, todavía, identificados, más allá de que tengan o no autonomía, haciendo falta otros indicadores ausentes por el momento (Servicio Andaluz de Salud, 2006, 2015). En este sentido, uno de los métodos que se debe considerar en la práctica, es la intervención ante factores que han demostrado ser predictores de un deterioro posterior: la edad avanzada, la existencia de una hospitalización reciente, el deterioro cognitivo,

la comorbilidad, un deficiente soporte o condicionantes sociales adversos, las caídas y la polifarmacia (Lesende, 2004; Martín Lesende, 2005; Martín Lesende et al., 2010).

Una de las propuestas identificadas por los profesionales para la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia fue la alfabetización digital. Tenían claro que estas acercaban la atención sanitaria a los mayores, en línea con lo evidenciado por otros estudios (Agost Felip et al., 2021). Además, indagaciones recientes han demostrado que, frente al riesgo social vinculado a la actual pandemia, los mayores empezaron a utilizar la tecnología digital con más frecuencia, reforzando y aplicando sus habilidades de alfabetización digital para permanecer conectados virtualmente con amigos y familiares. De ocurrir lo contrario, hay hallazgos que apuntan a la posibilidad de que sufran una profunda exclusión social.

No obstante, la alfabetización digital, como cualquier otra iniciativa relacionada con el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia, debía de incluir al principal apoyo en el entorno proximal, es decir, la familia (cuando la hubiera). La atención a la persona que cuida y el apoyo a ésta es fundamental, y con ello coinciden los participantes del presente estudio. Sin embargo, perciben que la falta de apoyo institucional hace que todo recaiga sobre la familia y, por tanto, reclaman más cuidados a los que cuidan. Por otro lado, hay pocos estándares o guías sobre el cuidado más adecuado, las familias con frecuencia no son conscientes de los retos a los que se enfrentan, y el cuidado puede estar desconectado de los servicios de salud, dejando las necesidades de las personas mayores inadecuadamente cubiertas, con una sobrecarga sobre el cuidador mayor de la necesaria (Alvarez Gregori et al., 2020; Frías-Osuna et al., 2019b; Iglesias-Souto et al., 2018; Servicio Andaluz de Salud, 2015).

Por último, los participantes afirmaban que no sería posible un envejecimiento activo si no se contemplaba a los mayores como lo que eran, un *activo social*. En esta línea, Calasanti y King (2021) abogan por un cambio de paradigma en la sociedad, de tal forma que sea capaz de replantear los problemas del envejecimiento de tres formas distintas: 1) evitando tratar la vejez

como un problema; 2) rehusando el tratar los males biomédicos y de otro tipo como resultados del envejecimiento; y 3) en su lugar, tratar los problemas de la vejez como resultados de los significados y relaciones asociados con la edad. Estos autores afirman que, si se pone el foco en los significados y relaciones intergeneracionales, este paradigma iría más allá del análisis de las desigualdades a lo largo del ciclo vital, normalizando, con ello, la vejez, y valorando, en último término, tanto los distintos modos de envejecer como la propia vejez.

Ayala (2016) hace un llamamiento a la convergencia de miradas en la dirección, arriba indicada, dentro del contexto de la AP, reconociendo al equipo interdisciplinar y trabajando desde él. Sin la labor de equipo, no será posible la concreción de los cambios ni de las propuestas, ni la superación de un modelo estrictamente biomédico. La comunicación interdisciplinar de un equipo de estas características hace posible que no pasen desapercibidas, para ningún miembro del mismo, la existencia de herramientas fundamentales para los cuidados, como es el teléfono de atención personas mayores para comunicar situaciones de riesgo o de maltrato.

Sin embargo, los profesionales del presente estudio hacen autocrítica del lugar, todavía distante, del que se encuentran respecto de la atomización de la atención y de la superación del modelo biomédico, siendo conscientes de que son víctimas de la resistencia al cambio. En este sentido, no se encuentran solos. Vogel et al. (2021) han estudiado cómo los profesionales de AP necesitan de intervenciones empoderadoras (dentro del modelo motivacional) para poder vencer resistencias a los cambios necesarios y, así poder introducir, en la atención a las personas mayores intervenciones con mayores niveles de evidencia. Habría que añadir que la herramienta del *debriefing* se sumaría a estas intervenciones a la hora de brindar espacios para la autocrítica constructiva en el entorno profesional de la AP, como ha quedado ampliamente demostrado en otros contextos.

Un requisito indispensable que los participantes identificaron en las entrevistas, tanto para el trabajo en equipo interdisciplinar como para la autocrítica constructiva, es el consenso

en el lenguaje empleado y en el significado de la atención y el cuidado .En esta línea, Koskinen & Nyström (2017), en su estudio sobre investigación aplicada desde la hermenéutica, afirman que, cuando cualquier comprensión teórica se convierte en praxis, el conocimiento también se transforma en actividad y, consecuentemente, la teoría y la práctica llegan a convertirse en el mismo fenómeno. Por lo tanto, la teoría respecto de la atención y el cuidado sólo puede hacerse evidente e implementarse en una práctica clínica gracias a momentos en los que los participantes encuentran un entendimiento común y un consenso sobre el conocimiento relativo a esa atención y cuidado. Desde esta consideración, los profesionales de este estudio encuentran que la teoría y la práctica de su atención continúan siendo diversas y divergentes, con escasas oportunidades de compartir espacios para alinearlas.

Según Giraldo-Osorio (2018), para que la teoría y la práctica de los profesionales confluyeran, la concreción de sus funciones de la AP serían las siguientes: continuidad de la información, integralidad de los servicios, continuidad de la gestión, accesibilidad, calidad técnica de la atención clínica, comunicación interpersonal, respeto, relación continua, sensibilidad cultural, atención centrada en la familia, atención integral de la persona, abogacía, equidad y orientación a la población. Pero, ¿existe, realmente, consenso en lo que significan estas funciones?

¿Y en lo que significa humanización de la asistencia sanitaria? Supuestamente, la AP continua siendo un ámbito privilegiado para la humanización de dicha asistencia. A pesar de las dificultades y problemas, los profesionales de nuestro estudio así lo entienden, al contemplarlo como un medio donde existe capacidad de construir relaciones personales duraderas con cada paciente, basadas en la confianza, donde se ve a la persona en su contexto, con sus deseos, preferencias y expectativas. Nadie como los profesionales de AP se encuentran en mejor situación para este tipo de práctica clínico-asistencial, siguiendo a Gutiérrez Fernández (2017). No obstante, se deben encontrar alternativas frente al exceso de la demanda y la sobrecarga

asistencial, la falta de disponibilidad de tiempo, la ausencia de protocolos y la falta de recursos materiales y humanos (Saraiva Aguiar & Salmazo da Silva, 2022).

Al margen de todo ello, lo que tenían claro es que el envejecimiento era uno de los principales temas vertebradores de su día a día profesional, y que una de las mejores oportunidades de encuentro interdisciplinar estaba representada por la visita domiciliaria. Afirmaban, como queda reflejado en los resultados, que había que ir a los domicilios de los mayores, dejar las consultas y valorar, *in situ*, las distintas problemáticas. Estas visitas suponen una profundización en sus competencias de atención sociosanitarias, como *“la selección y el uso del mejor conocimiento, el pensamiento crítico, el uso de la comunicación para acercarse a los valores y las preferencias de los pacientes, la toma de decisiones compartida y la conciencia social”* (Rotaèche del Campo & Gorroñoigoitia Iturbe, 2022).

Como una consecuencia lógica del *feedback* que les provee su práctica clínica, de su deseo de compartir experiencias dentro de un trabajo de equipo, de sus propias resistencias, de la necesidad de un lenguaje común y de la idoneidad de ir a los domicilios de los mayores para avanzar en sus competencias, la formación interdisciplinar aparece como la última propuesta de los participantes.

La formación y las sesiones clínicas, como una oportunidad para *verse y coordinarse*, les evitaría encontrarse en la circunstancia de tener que ir improvisando sus propias herramientas para hacer frente a las distintas realidades encontradas. Una educación de calidad les ayudaría a reorientar (*alinear*, si aludimos a lo discutido anteriormente) su práctica clínica con su compromiso profesional (Urbanos-Garrido, 2016).

Entre la formación demandada por profesionales de perfil similar a los de este estudio en la literatura científica, encontramos (entre otras) la protección personal, la de educación en los derechos y obligaciones de la familia, los entresijos del sistema judicial, los recursos disponibles, el abordaje de las desigualdades en salud, el análisis de problemáticas sanitarias en

colectivos concretos, más el estudio de la evaluación del impacto en la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha (Urbanos-Garrido, 2016).

Igualmente, en línea con la discusión de la categoría anterior, se ha descrito en la literatura la existencia de una descoordinación entre las competencias que se adquieren en la formación y las necesidades profesionales, que, entre otras consecuencias, resultará en la ausencia de una visión holística de la atención. Así mismo, se ha detectado una falta de continuidad entre la formación de grado y la formación especializada en medicina familiar y comunitaria, que requeriría (como piden los profesionales) una armonización (Rotaèche del Campo & Gorroñoigoitia Iturbe, 2022), al margen de la creación de mayor número de protocolos referidos a la atención del mayor, a la manera de otros ya existentes, como el de violencia de género o el de maltrato infantil, protocolos que permiten procedimientos coordinados de atención de respuesta rápida (Ruiz-Pérez et al., 2020).

La necesidad de coordinación ha sido una de las constantes en este estudio y, particularmente, en el apartado de alternativas. La *varita mágica* que sostenían los profesionales no dudaría en crear una coordinación interdisciplinar, sí, pero sobre todo interinstitucional. De esa manera, casuísticas que a día de hoy son problemas, dejarían de serlo. Entre las propuestas de mejora se aborda la del nivel institucional con una implicación y voluntad política decidida, sobre todo para que tuviera impacto en la agilidad para la resolución de los problemas cuando se presentan. Esta necesidad de coordinación entre áreas para el fortalecimiento de estrategias de atención que permitan un criterio conocido y uniforme, a nivel administrativo, para la atención, gestión y resolución de problemas, ya ha sido evidenciada por otras autorías (Agost Felip et al., 2021).

La coordinación, sobre el terreno, con servicios sociales era prioritaria, atendiendo al discurso de los participantes. La literatura científica amplía esta prioridad a los servicios educativos, haciendo un llamamiento a la integración de sus procesos. Muchos problemas sociales y de fragilidad en el mayor se pueden prevenir con actividades de promoción de la salud

y envejecimiento activo, y muchos de estos programas se pueden realizar en centros pertenecientes a servicios sociales (de la misma forma, otras personas en situación de dependencia o discapacidad podrían beneficiarse de una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales) (Lamata Cotanda, 2017). En cuanto a la mención en los resultados de cómo esta coordinación se realizaba con otros agentes comunitarios, un reciente estudio realizado en un contexto asiático (Haldane et al., 2022) pone de manifiesto cómo la coordinación sanitaria con ONGs servía de catalizador para respuestas eficaces frente a emergencias sociales.

Si las instituciones de salud, sociales y comunitarias podían ser referencia, las participantes proponían que hubiera profesionales en distintas áreas que también lo fueran. Con esta propuesta, se disminuirían los trámites burocráticos, y se protocolizarían y agilizarían casos urgentes. Querían la materialización de soluciones rápidas para aquellos casos necesarios. Esta idea de nuestros participantes ha sido ya propuesta en distintos foros (Antares Consulting, 2013; Carrillo-Ridao et al., 2010; Junta de Andalucía, 2022a) que también contemplaban al profesional referente como la figura que permitiría la realización de protocolos adecuados para los mayores, con soluciones a su medida, además de una gestión más rápida en la evaluación de dependencia y una asignación de recursos que contemplara cada uno de los casos de forma independiente.

Por último, la coordinación con la administración de justicia fue considerada de esa forma tan vehemente: *de justicia*. Mucho más cuando existe, integrada en la Fiscalía General del Estado (y en otras muchas fiscalías territoriales) una Sección de Protección de Personas Mayores, pero a la que se desconoce la forma de acceder, al menos por parte de los profesionales de enfermería. Por tanto, se necesitaría conocer cuáles son sus vías de acceso, sus competencias y si, realmente, son una herramienta eficaz para dar respuesta a los mayores en riesgo social.

Cuando otras respuestas eran juzgadas como inadecuadas o inexistentes, los profesionales, resignados, aceptaban la institucionalización como última y única solución a

muchas de las situaciones que se les presentaban asociadas a los pacientes. Las personas mayores, según Montenegro y Soler (2013), quieren vivir en su casa, sin contemplar otra alternativa. Pero, cuando la vida se les hace demasiado complicada, a unos por dependencia física y a otros por carecer de otra alternativa ante la falta de recursos familiares y económicos, la sociedad (y los sistemas sociosanitarios) les colocan ante el horizonte de la institucionalización. Sin embargo, no deja de ser frecuente encontrar personas mayores que quieren vivir en su domicilio, aun estando en circunstancias complicadas y de riesgo, siendo lo último que desean ingresar en un centro residencial (Montenegro & Soler, 2013). A pesar de que *los profesionales empatizan con esta situación e identifican la importancia que para el mayor tiene permanecer en su domicilio*, la institucionalización es reconocida como un factor de protección ante la ausencia de otras ayudas (Lebrusán, 2022).

No obstante, la resignación de los profesionales tiene sus límites. Plantean, tanto en el presente estudio como en otras autorías, la pertinencia de otros modelos de residencia o de cuidados de larga duración, como los *cohousing*, residir compartiendo las viviendas, o, en todo caso, que existiera un centro residencial cercano al domicilio de la persona, bien sea en ámbito rural o urbano (Carrere et al., 2020; Glass & Norris, 2022; Koller et al., 2023). Además, otros proyectos como el denominado *Hospital amable para la persona mayor* pretenden humanizar la experiencia de un ingreso hospitalario prolongado (Brañas et al., 2021).

Por otro lado, con independencia del modelo por el que se apueste, la clave está en situar a la persona, a la familia y a su entorno de convivencia como centro del sistema en el contexto comunitario, identificando sus necesidades de apoyo y articulando una respuesta coordinada con equipos interdisciplinarios. Y todo ello a través de una red de proveedores con protocolos claros de funcionamiento y financiación para que se consiga garantizar los derechos de las personas (Park et al., 2018b; Pinzón-Pulido et al., 2016).

Por último, los profesionales entienden que, sin recursos, es difícil llegar a soluciones. En las entrevistas, indicaron la necesidad de fiscalización y supervisión de los recursos existentes

y del uso de los mismos. Distintos estudios se anticiparon a señalar esta necesidad, por las percepciones y evidencias de casos en los que las ayudas no llegaban o no estaban siendo bien gestionadas (Servicio Andaluz de Salud, 2016; Tribunal de Cuentas, 2021). ¿Qué es lo que ocurre cuando la única salida, a veces, es el ingreso hospitalario? Estos casos son descritos como *única medida urgente*, cuando, de hecho, es un criterio de *urgencia social* para asignar recurso de residencia. El ingreso no adecuado en las entidades hospitalarias es un indicador importante del desequilibrio disfuncional entre la AP y los servicios de urgencia hospitalaria.

En este (y en muchos otros) desequilibrios ha tenido que ver lo que, atendiendo a Correa y Jiménez-Aguilera (2016) sigue ocurriendo con la Ley de Dependencia en España, es decir, encontrarnos en medio de un paisaje muy diverso en cuanto a su aplicación territorial, diferencias manifiestas en listas de espera, con infracciones, de varias comunidades, en las concesiones de ayudas económicas, además de discrepancias notables en el volumen de solicitudes de acceso a prestaciones y servicios. Como respuesta, Ramírez-Pérez y Cámara (2023) —junto con los participantes de nuestro estudio— afirman que para actualizar y concretar la ley, se necesita de “un aumento del compromiso de financiación pública, más allá de las inyecciones puntuales del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”, teniendo esta inversión “un impacto económico positivo en el conjunto de la economía del país, y no solo en el sector de servicios sociales”.

La necesidad de que exista mayor presupuesto para las ayudas sociales, al margen de la Ley de Dependencia, es algo que se reivindica por parte de los profesionales de AP como urgente: las instituciones públicas, si son coherentes con su misión y funciones, deben asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de las personas mayores (Iglesias-Souto et al., 2018).

En último término, si se quiere ir a la raíz del problema, los entrevistados apuestan por la *educación social (y en lo social)*. De la misma manera, la literatura establece que los enfoques sociales son una necesidad calificada como ineludible para las ciencias de la salud y sus profesionales asistenciales (y, en cierta medida, para la ciudadanía en su conjunto). En la

actualidad, los problemas de orden social constituyen un problema central en los sistemas de salud de países desarrollados (teniendo, aún, mayor impacto en los países en vías de desarrollo) al elevar el gasto sanitario, incrementando la ineficiencia en la gestión e influyendo en la calidad asistencial, el consumo de recursos y el aumento de los riesgos en el mayor (Aguilar et al., 2018).

Para concluir, el proceso de envejecimiento en España obliga, en el corto y medio plazo, a la generación del conocimiento suficiente para poder planificar iniciativas de nivel político, económico, social, poblacional, de salud y de vivienda, que tengan relevancia social y que puedan ser utilizadas para la definición de políticas adecuadas, en el contexto de los países que comparten un similar modelo de envejecimiento (Montenegro & Soler, 2013).

## **LIMITACIONES**

En lo que a consideraciones metodológicas respecta, el hecho de que me encuentre (la doctoranda) trabajando como enfermera gestora de casos en el mismo distrito que los sujetos, me ha obligado a llevar a cabo un proceso de toma de conciencia de mi rol durante todo el proceso de investigación, sobre todo durante la recogida y análisis de datos, para así evitar las propias injerencias que pudieran influir en los resultados.

Esto responde a lo que se entiende por aprender a controlar lo que Bourdieu llama “ilusión de transparencia” (Amar, 2018), que se da, sobre todo, cuando el investigador está muy familiarizado con los datos y los escenarios que estudia, entablando una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por su propia proyección subjetiva (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002).

Respecto a la recogida de información, hay que señalar que la mayoría de las entrevistas se hicieron en horario laboral, en los propios Centros de Salud. Esta circunstancia pudo condicionar la atención y disponibilidad de tiempo de los profesionales participantes.

Además, algunos de los profesionales que estaban convocados, sobre todo las trabajadoras sociales, contaba con una trayectoria corta en AP. Sin embargo, estas profesionales tenían una amplia trayectoria profesional en Asuntos Sociales. Esto, aunque puede ser

considerado una limitación, también es cierto que aporta una doble visión, estar en el área social y después en área de salud.

En lo que respecta a la recogida, otra de las limitaciones, fue la transcripción de las grabaciones en el caso de los de grupos, pues los solapamientos en las intervenciones ocasionaron dificultades, y la consecuente transcripción de algunas frases incompletas. Pero, quizás, la limitación más importante respecto a la recogida de datos fueron las dificultades derivadas de la situación social fruto de la pandemia COVID-19. El proyecto pudo ser más ambicioso, pero tuvo que repensarse y se dejaron de hacer entrevistas, por ejemplo, a otros protagonistas de la atención al mayor en riesgo social pertenecientes a otras instituciones (policía, servicios sociales comunitarios, fiscalía). Todo quedó parado. No obstante, sigue siendo tarea pendiente.

Finalmente, y respecto al análisis, hay que señalar que se ha mantenido un enfoque interpretativo, aun encontrando señales que apuntaban a la oportunidad de abrir enfoques sociocríticos que permitieran sugerir cambios. Sin embargo, esta opción hubiera supuesto la apertura de expectativas que hubiera sido difícil gestionar sin la implicación de otros agentes que, en este momento, no estaban incluidos en el estudio.

## CONCLUSIONES

La atención a la salud de las personas mayores en riesgo social, desde el punto de vista de los profesionales de AP, viene determinada por numerosas **barreras, dificultades y/o problemas**.

- 1- Hay **barreras asociadas a la situación que tiene el propio mayor**. El mayor quiere vivir solo, en su domicilio, incluso cuando las necesidades de cuidados no están cubiertas por problemas de salud, viviendas con barreras y mal acondicionadas, o falta de recursos económicos -o bien por no hacer uso de lo ellos-, entre otras. Pero sin duda, la principal causa de estas necesidades no cubiertas y, por tanto, de este riesgo, es no tener apoyo o tener un apoyo insuficiente de la familia y del entorno.
- 2- La existencia de **barreras en el sistema** también se hace patente en los resultados, tanto a nivel institucional como interinstitucional. Se identifican: problemas organizativos de base (la sobrecarga del sistema, organización y tiempos; una atención basada en la demanda, con un problema importante, la captación reactiva; un problema social termina en demanda sanitaria); la falta de recursos institucionales (escasos, no llegan a tiempo; no hay respuestas rápidas ni en casos urgentes, solo en los casos de maltrato / violencia de género); la falta de coordinación institucional (además de una ausencia absoluta de coordinación interinstitucional, que no existe); y el exceso de burocracia (con informes repetidos derivados de las demoras).
- 3- Finalmente, los profesionales también identifican **barreras asociadas a su propia práctica profesional**. Entre ellas, los discursos de los profesionales destacan: el paternalismo y otras actitudes profesionales, el desconocimiento que muchos de ellos tienen de los recursos, la falta de formación a la hora de gestionar los problemas que presentan las personas mayores en riesgo, y la falta de habilidades de comunicación con la persona mayor/ familia, o incluso entre el equipo.

En lo que respecta al **cómo los profesionales de AP gestionan estos problemas**, podría resumirse en: una identificación/ captación reactiva, una valoración integral, una información orientación “situada en el sistema”, un “nudo inmaterial” que liga y resuelve – la EGC y el TS-, y una gestión de los recursos “más allá” de la ley de dependencia.

1. En este sentido, los discursos de los profesionales dejan ver cómo la captación de esta población en AP es, mayoritariamente, una **captación reactiva**, es decir, ante una situación aguda de salud (alta hospital, caída) y/o cuando hay una voz de alarma sanitaria o social, por parte de algún profesional, familiar o vecino.
2. Teniendo en cuenta la complejidad de las situaciones que acompañan a estos problemas, los profesionales de AP reconocen el carácter fundamental de realizar **valoraciones integrales**, que vayan más allá de la salud de las personas. Son foco de su atención: la vivienda, la situación económica y, por supuesto, las redes de apoyo. Pero, incluso en este último punto, señalan la necesidad de una mirada amplia que supere la familia para dirigir su atención también a los vecinos, la parroquia, etc.
3. Respecto a la información /orientación que los profesionales de AP ofrecen a este grupo de población y sus familias, es una **información “situada en el sistema”**, es decir, los profesionales informan, desde el principio, de la complejidad de los trámites, de las dificultades, de las demoras, etc.
4. En lo que respecta a la derivación profesional que se realiza dentro del equipo, las Enfermeras Gestoras de Casos y los Trabajadores Sociales parecen constituir **el “nudo inmaterial” que liga y resuelve** esta atención. No obstante, todos profesionales de AP informan, derivan y se coordinan entre ellos.
5. Finalmente, y para explicar cómo los profesionales resuelven estas situaciones, habría que describir cómo los profesionales llevan a cabo **una gestión de los recursos “más allá” de la ley de dependencia**. Los profesionales “buscan las vueltas al sistema” de diferentes modos, “estando en pleno contacto, todos (los profesionales del equipo) con

todos”; interviniendo en la familia; recurriendo a recursos externos, como vecinos, parroquias, organizaciones del tercer sector (ONGs), etc.; traspasando sus funciones. Esto es una realidad que va en aumento y que conocen bien los profesionales de Atención Primaria.

Respecto a las **alternativas propuestas** por los profesionales para resolver la situación descrita, destacan:

- 1- Conocer la situación de los mayores e identificar los riesgos de forma precoz, es decir, la **identificación proactiva** de casos. Enfocar la AP hacia la captación, prevención y educación, en lugar de hacia la demanda. Esto abre oportunidades para poner en marcha diferentes sistemas de identificación del mayor en riesgo.
- 2- Favorecer la coordinación entre profesionales de diferentes dispositivos. El personal sanitario debe estar capacitado y con competencias para **trabajar en sistemas de atención integrada**, incluida buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de tecnologías de la información.
- 3- Iniciar **pilotajes de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales**. Estos, como se ha repetido a lo largo de todo el trabajo, han de estar integrados, coordinados y compartir información para ser efectivos y rentables y conseguir mejorar la calidad de vida de la ciudadanía como fin último.
- 4- Es necesario mejorar la comunicación y la coordinación entre los equipos de atención primaria y, sobre todo, en relación con los problemas del envejecimiento y de la atención al mayor. Tras identificar una situación de riesgo, el profesional y el resto de los profesionales que intervienen, deben tener establecidos **protocolos de intervención** donde esté claro que hay que hacer, como comunicarse y coordinarse con el resto del equipo. Esto resolvería el desconocimiento que existe dentro del propio equipo de la función del otro, además de eliminar burocracia innecesaria y favorecer que haya respuestas rápidas.

- 5- En este sentido, son fundamentales los esfuerzos para que el sistema sanitario y los servicios sociales puedan responder con más efectividad a la diversidad de problemas que presentan las personas mayores, sobre todo en aquellos casos de urgencia que los profesionales identifican y que conocen tan bien. Se hace necesario que exista YA un **“Sistema de Alerta y Respuesta Rápida”** como garantía de protección a la persona mayor en riesgo.
- 6- Estos protocolos y sistemas de respuesta deben realizarse con el **compromiso institucional**, a nivel de Delegación de Salud y con la participación de Distrito Sanitario.
- 7- Los profesionales también identifican la necesidad de que exista un **“profesional referente”**, al igual que lo hay para otras situaciones de vulnerabilidad y riesgo (violencia de género o maltrato infantil). Un profesional al que se puedan comunicar los casos que necesiten una respuesta urgente, y que a su vez se coordine con resto el de instituciones implicadas para que las soluciones puedan ser más rápidas.
- 8- También se reclama la necesidad de mayor inversión social, para que los costes no repercutan en salud. Debe haber **presupuestos complementarios**, sobre todo por la repercusión que se ha visto en situaciones donde salud y situación social van de la mano.
- 9- Hay situaciones que el mayor plantea y que no está en mano de los profesionales cambiar. Respetar las decisiones y autodeterminación de la persona mayor es, muchas veces, un asunto complicado. Sin embargo, es algo que hay que conocer, entender y ayudar a solucionar. La **formación y preparación de los profesionales** para la atención al mayor y en especial al mayor en riesgo social es una necesidad.
- 10- **Poner voz a los profesionales** que están en contacto con la persona mayor en su domicilio, con su familia, y que se enfrentan a los problemas que éstos presentan de forma continua, sin respuestas por parte del sistema. Se hace indispensable para que se les tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones políticas.

- 11- **Sacar a la luz, visibilizar y denunciar** estas situaciones donde se ven vulnerados los derechos esenciales como ciudadanos. Esto no es solo ya un tema sanitario o social, es un problema de la sociedad, todos estamos implicados y todos somos testigos de la situación en relación con la persona mayor.

En el contexto descrito, y como propuestas sobre **futuras líneas de investigación**, se proponen las siguientes áreas temáticas:

- 1- Trabajar sobre la **percepción que el propio mayor y o familia tienen de los riesgos** y de la **toma de decisiones** en relación con estos riesgos.
- 2- La **identificación precoz** de las necesidades de esta población. Disponer de información sobre el estado de salud de la población mayor y sus determinantes es fundamental para el diseño de políticas que puedan dar respuesta a las necesidades que presenten.
- 3- Seguir profundizando en **las respuestas institucionales**, este problema no es solo sociosanitario, es de la sociedad en general y así debe ser tenido en cuenta. Hay otros profesionales de otras instituciones que también atienden al mayor: servicios sociales, policías locales, fiscales y jueces entre otros, y hay otros ciudadanos que desde primera fila conocen estas situaciones, como son los familiares, vecinos... Como ven ellos la situación, qué barreras tienen en la atención, qué mejoras proponen.

La situación aquí contemplada no es solo un problema social o sanitario, es un problema de la SOCIEDAD en la que estamos todos. Una visión que además de sanitaria o social tiene que ser económica, sociológica, cultural y política.

## PRODUCCIÓN

Como resultado de la presente tesis, se enumera, a continuación, el artículo publicado y las presentaciones realizadas en congresos.

### PUBLICACIÓN EN REVISTA CIENTÍFICA

- Pastor-López Á, Ventura-Puertos PE, Hernández-Ascanio J, Cantón-Habas V, Martínez-Angulo P, Rich-Ruiz M. **Emotional Universe of Nurse Case Managers Regarding Care for Elderly at Risk in Spain: A Hermeneutical Study**. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 8;19(24):16445. doi: 10.3390/ijerph192416445. PMID: 36554326; PMCID: PMC9778613.

### COMUNICACIONES A CONGRESOS

1. Título: **Percepción de los profesionales de Atención Primaria en relación a las redes de apoyo del mayor en riesgo social**  
 Autores (p.o. de firma): Pastor-López A, Rich-Ruiz M, Varona Pérez A, Muñoz-Pastor P, Hernández-Ascanio J, Ventura-Puertos PE  
 Tipo de participación: Comunicación oral  
 Congreso: **XXVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados**  
 Lugar y Fecha: Pamplona, 16-18 de noviembre de 2022
  
2. Título: **Problemas de salud del mayor en riesgo social desde la mirada de los profesionales de atención primaria**  
 Autores (p.o. de firma): Pastor-López A, Varona Pérez A, Hernández-Ascanio J, Rich-Ruiz M, Muñoz-Pastor P, Ventura-Puertos P  
 Tipo de participación: Comunicación oral  
 Congreso: **XXV Encuentro Virtual Internacional de Investigación en Cuidados**  
 Lugar y Fecha: Madrid, 15-19 de noviembre de 2021

3. Título: **El mayor en riesgo social bajo la mirada de los profesionales de Atención Primaria de Salud**

Autores (p.o. de firma): Pastor-López A, Varona Pérez A, Hernández-Ascanio J, Martínez-Angulo P, Rich Ruiz M, Ruiz, Peñas E

Tipo de participación: Comunicación oral

Congreso: **XXIV Encuentro Virtual Internacional de Investigación en Cuidados**

Lugar y Fecha: Pamplona, 9-13 de noviembre de 2020

4. Título: **Relato Biográfico: la experiencia enfermera en la atención a mayores en riesgo social**

Autores (p.o. de firma): Pastor-López A, Rich-Ruiz M, Ruiz-Peñas E, Muñoz-Pastor P, Hernández-Ascanio J.

Tipo de participación: Comunicación póster.

Congreso: **XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados**

Lugar y Fecha: Barcelona, 20-22 de noviembre de 2019

## REFERENCIAS

- Abellán-García, A., Aceituno-Nieto, P., Pérez-Díaz, J., Ramiro-Fariñas, D., Ayala-García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). *A profile of the elderly in Spain, 2019. Basic statistical indicators. Ageing in Network Reports. [Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Informes de Envejecimiento en Red]*. Red Española de Ciudades Saludables (RECS). <https://reces.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2019-indicadores-estadisticos-basicos/>
- Abogados Civilistas, A. (2021, enero 12). Artículo 239 del Código Civil—Art. 239. CC y LEC. <https://www.ccivil.es/articulo-239-del-codigo-civil/>
- ACEB. (2019). *Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la Atención a la Población Sociosanitaria*. Alianza Científico Profesional para el Estado de Bienestar. <https://www.segg.es/media/descargas/ACEBCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf>
- Agarwal, S. D., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K. M. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Internal Medicine*, *180*(3), 395-401. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
- Agost Felip, M. R., Martín Alfonso, L., Moreno Sandoval, A., Agost Felip, M. R., Martín Alfonso, L., & Moreno Sandoval, A. (2021). Estrategias dirigidas a promover el envejecimiento activo y saludable en las comunidades autónomas españolas. *Infodir*, *36*. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1996-35212021000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1996-35212021000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
- Aguilar, J. M., Liria, R. L., Góngora, D. P., Pérez, P. R., & Montoya, A. M. (2018). Hiperfrecuentación Médica En Mayores y Salud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *4*(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349857603025>

- Albornoz, Á. L. (2021). El método hermenéutico-fenomenológico de Martin Heidegger y la posibilidad de una investigación filosófica independiente. *Studia Heideggeriana*, 10, 245-262. <https://doi.org/10.46605/sh.vol10.2021.115>
- Alonso, J. C. D., Rivero, J. B., Puerto, F. V., de los Rios, J. P. F., Alba, M. B. C., Barrios, P. C., & Martín-Lázaro, E. S. (2019). *Atención al mayor, abordaje multidisciplinar de su complejidad*. Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. [https://www.sagg.es/docs/noticias/MuMLIXvKf9e1mIn\\_4GUoDoTgB4v0A\\_mVO5XSvmK15XM.pdf](https://www.sagg.es/docs/noticias/MuMLIXvKf9e1mIn_4GUoDoTgB4v0A_mVO5XSvmK15XM.pdf)
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarez Gregori, J., González Cuevas, E., Ortiz Muñoz, E., Casado García, E. M., Álvarez Azoifeifa, M. V., Azzarini Gorno, D. L., & Stalin Calderón, X. (2020). Envejecimiento, fragilidad y dependencia. *Salux: revista de ciencias y humanidades*, 6(9), 27-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8103407>
- Amar, H. M. (2018). Pierre Bourdieu: Por una sociología sobre el Estado y las políticas educativas\*. *Práxis Educativa*, 13(1), 145-153. <https://www.redalyc.org/journal/894/89455414008/html/>
- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Antares Consulting. (2013). *Revisión de los indicadores de atención sanitaria centrada en el paciente* [Antares Health Lines]. <http://www.antares-healthlines.com/item.php?id=260&lang=1>

- Arrazola, F. J. L., Pérez, O. D., Sannino, C., & Eranueva, R. M. de la. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *REVISTA ESPAÑOLA DE DISCAPACIDAD*, 2(1), 151-164.  
<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.02.01.08>
- Ashkanasy, N. M., & Dorris, A. D. (2017). Emotions in the Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 67-90. Scopus.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113231>
- Aung, N., & Tewogbola, P. (2019). The impact of emotional labor on the health in the workplace: A narrative review of literature from 2013–2018. *AIMS Public Health*, 6(3), 268-275. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.3.268>
- Ayala, M. A. P. (2016). ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(31-2), Article 31-2. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1484>
- Barrio Truchado, E. del, Marsillas Rascado, S., & Sancho Castiello, M. T. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa: El papel de la amigabilidad. *Aula abierta*.  
<https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.37-44>
- Bazo, M., & Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: Una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 105(1), 43-77.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P., & Tousignant, P. (2008). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA). Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Gérontologie et société*, 31 / 124(1), 49-83. <https://doi.org/10.3917/gs.124.0049>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Besora-Moreno, M., Llauradó, E., Tarro, L., & Solà, R. (2020). Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-

Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 12(3), Article 3.

<https://doi.org/10.3390/nu12030737>

Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, Pub. L. No. Ley 6/1999, BOE-A-1999-19448 34670 (1999). <https://www.boe.es/eli/es-an/l/1999/07/07/6>

BOE. (2018). *BOE-A-2018-135 Resolución de 10 de octubre de 2017, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-135](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-135)

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Recuperado 5 de mayo de 2023, de <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/4>

BOJA. (2022). *Acuerdo de 2 de marzo de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas para la mejora de la atención a las personas en situación de dependencia en los centros de día para personas mayores, centros de día y centros ocupacionales para personas con discapacidad, así como para la tramitación preferente en situaciones de urgencia y emergencia social en el ámbito de la dependencia*. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2022/44/83>

Boyle, D. A. (2016). Fatiga por compasión: El precio de la atención. *Nursing*, 33(2), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.04.010>

Brañas, F., Pantoja, C., & Rodríguez, M. Á. (2021). Hospital amable para la persona mayor: El hospital del siglo XXI. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(5), 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.05.001>

- Budeva, S. (2016). Professional deformations in social work. Burnout and Secondary traumatic stress. *Professional Deformations in Social Work. Burnout and Secondary Traumatic Stress*.
- [https://www.academia.edu/48908843/Professional\\_deformations\\_in\\_social\\_work\\_Burnout\\_and\\_Secondary\\_traumatic\\_stress](https://www.academia.edu/48908843/Professional_deformations_in_social_work_Burnout_and_Secondary_traumatic_stress)
- Burns, M., & Peacock, S. (2019). Interpretive phenomenological methodologists in nursing: A critical analysis and comparison. *Nursing Inquiry*, 26(2), e12280.
- <https://doi.org/10.1111/nin.12280>
- Calasanti, T., & King, N. (2021). Beyond Successful Aging 2.0: Inequalities, Ageism, and the Case for Normalizing Old Ages. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(9), 1817-1827. Scopus. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa037>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473-482.
- [https://www.researchgate.net/publication/26379578\\_Criterios\\_de\\_calidad\\_en\\_la\\_Investigacion\\_Cualitativa\\_en\\_Salud\\_ICS\\_Apuntes\\_para\\_un\\_debate\\_necesario](https://www.researchgate.net/publication/26379578_Criterios_de_calidad_en_la_Investigacion_Cualitativa_en_Salud_ICS_Apuntes_para_un_debate_necesario)
- Caño Labarga, N., San Martín Cabañes, M., Angulo Hernando, S., Paniego Bartolomé, N., Ceballos Cornejo, M., & Toro Sánchez, J. (2020). Envejecimiento, clasificación de las personas mayores y principales escalas de valoración. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*, 1(22). <https://revistamedica.com/envejecimiento-clasificacion-personas-mayores-escalas-de-valoracion/>
- Carrere, J., Reyes, A., Oliveras, L., Fernández, A., Peralta, A., Novoa, A. M., Pérez, K., & Borrell, C. (2020). The effects of cohousing model on people's health and wellbeing: A scoping review. *Public Health Reviews*, 41(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00138-1>
- Carrillo-Ridao, E., Cervera-Macià, M., Gil-Suay, V., & Rueda-Falcón, Y. (2010). *Keys to the construction of the social and healthcare space in Spain. Positioning report [Claves*

- para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de posicionamiento*]. Antares Consulting. [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23815/espacio\\_sociosanitario.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23815/espacio_sociosanitario.pdf)
- Casado-Durandez, P., Labeaga-Azcona, J. M., López-Doblas, J., Madrigal-Muñoz, A., Meil-Landwerlin, G., Montero Navarro, & Vidal Domínguez, M. J. (2017). *Las Personas Mayores en España. Informe 2016. Imserso* (p. 540). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/las-personas-mayores-en-espana-informe-2016/>
- CEPAL. (2023). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es>
- Cervantes Becerra, R. G., Villarreal Ríos, E., Galicia Rodríguez, L., Vargas Daza, E. R., & Martínez González, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2.ª ed.). SAGE.
- Chen, C. Y., Gan, P., & How, C. H. (2018). Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore Medical Journal*, 59(5), 240-245. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018052>
- Consejería de Salud y Consumo, & Junta de Andalucía. (2017). *Estrategia de Alzheimer de Andalucía*. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/estrategia-alzheimer.html>
- Consejo Estatal de Personas Mayores. (2017). *National Strategy of Older Persons for Active Aging and for their Good Treatment 2018-2021 [Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021]*. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios

- Sociales e Igualdad. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/12/Estrateg-Nacde-PM-2018-lmserso.pdf>
- Contel Segura, J. C. (2002). Social/health service coordination in a shared-care scenario. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 29(8), 502-506. Scopus. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70620-3](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70620-3)
- Corcoran, L., & Cook, K. (2022). The philosophy of Hans-Georg Gadamer: An exemplar of the complicated relationship between philosophy and nursing practice. *Nursing Inquiry*, n/a(n/a), e12509. <https://doi.org/10.1111/nin.12509>
- Correa, M., & Jiménez-Aguilera, J. de D. (2016). Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 77-80. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.09.001>
- Cortes generales. (1978). *Constitución española*. Noticias Jurídicas. [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.t1.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html)
- datos.gob.es, & Gobierno de España. (2022). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia—Conjunto de datos*. <http://datos.gob.es/es/catalogo/ea0010587-encuesta-de-discapacidad-autonomia-personal-y-situaciones-de-dependencia>
- Del Molino, S. (2016). *La España vacía: Viaje por un país que nunca fue*. Turner.
- Del Pino Casado, R. del. (2010). *Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Jaén]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=92566>
- DELS. (2017). *Persona mayor*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/persona-mayor>
- Doblas, J. L., & Conde, M. del P. D. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), Article 1. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

- Doblas, J. L., & Del Pilar Díaz Conde, M. (2013). Social modernization of Spanish old age. *Revista Internacional de Sociología*, 71(1), 65-89. Scopus.  
<https://doi.org/10.3989/ris.2011.04.26>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2016). *Primary Care Renewal Strategy [Estrategia para la renovación de la Atención Primaria]*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.  
*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Boletín oficial del estado (2006) (testimony of España).
- European Union. (2023). *Eurostat. EU key indicators*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Feldman, L., & Blanco, G. (2006). Las emociones en el ambiente laboral: Un nuevo reto para las organizaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 29(2), 103-108.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0798-04692006000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-04692006000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Fernández Barrera, J., Vicente Zueras, I. de, Palacín Bartrolí, C., Alegre, R. M., Boixadòs, A., Chagas, E., Parra, B., Torralba, J. M., & Tabueña, M. C. (2012). Bioética y trabajo social: Los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*, 24, 44-60.  
<https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000100005>
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V., & Pérez, M. del C. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9(16), Article 16. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.613>
- Fraze, T. K., Beidler, L. B., Fichtenberg, C., Brewster, A. L., & Gottlieb, L. M. (2021). Resource Brokering: Efforts to Assist Patients With Housing, Transportation, and Economic Needs in Primary Care Settings. *Annals of Family Medicine*, 19(6), 507-514.  
<https://doi.org/10.1370/afm.2739>

- Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Moral-Fernández, L., Palomino-Moral, P. Á., López-Martínez, C., & del-Pino-Casado, R. (2019a). Motives and perceptions of family care for dependent elderly. *Atención Primaria*, *51*(10), 637-644. Scopus.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010>
- Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Moral-Fernández, L., Palomino-Moral, P. Á., López-Martínez, C., & del-Pino-Casado, R. (2019b). Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes. *Atención Primaria*, *51*(10), 637-644.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010>
- Gallo-Estrada, J., & Molina-Mula, J. (2015). Factors affecting lonesomeness of older people living alone [Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas]. *Gerokomos*, *26*(1), 3-9. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100002>
- García Rodríguez, M. I. (2010). Libro Blanco del Envejecimiento Activo. *Junta de Andalucía*.  
<https://digital.csic.es/handle/10261/62792>
- Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., & Huércanos Esparza, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, *10*(23), 221-232. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>
- Gérvás, J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: Tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata\*. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *30*(5), 245-257. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(04\)74308-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(04)74308-7)
- Gilardi, F., Capanna, A., & Ferraro, M. (2018). Frailty screening and assessment tools: A review of characteristics and use in Public Health. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunità*, *2*, 128-139. <https://doi.org/10.7416/ai.2018.2204>
- Giraldo-Osorio, A. (2018). [Instruments to evaluate primary health care functions: User perspective]. *Revista De Salud Publica (Bogota, Colombia)*, *20*(4), 498-504.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.60261>

Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1968). The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research. *Nursing Research*, 17(4), 364.

[https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1968/07000/The\\_Discovery\\_of\\_Grounded\\_Theory\\_\\_Strategies\\_for.14.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1968/07000/The_Discovery_of_Grounded_Theory__Strategies_for.14.aspx).

Glass, A. P., & Norris, H. (2022). Finding Community in Elder Cohousing: Before and During COVID-19. *Journal of Aging and Environment*. Scopus.

<https://doi.org/10.1080/26892618.2022.2103869>

Gobierno de España. (2008). *Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

[https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaVigilancia2010/docs/ponencia\\_2.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaVigilancia2010/docs/ponencia_2.pdf)

Gobierno de España. (2019). *Hoja de ruta para el Abordaje de la Fragilidad*. Ministerio de Sanidad.

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad\\_Hoja\\_ruta\\_Abordaje.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf)

Gobierno de España. (2022). *Estrategia Nacional de Salud Pública*. Ministerio de Sanidad.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022__Pendiente_de_NIPO.pdf)

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). [Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review]. *Atencion Primaria*, 49(2), 77-85.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

Government Offices of Sweden. (2010). *The future need for care. Results from the LEV project*. Ministry of Health and Social Affairs.

<https://www.government.se/contentassets/2822031a7caa456a9dbfea39f8eb640c/the-future-need-for-care---results-from-the-lev-project-s2010.021>

- Grande-Gascón, M. L., & González-López, L. (2017). Users of the Home Help Service: A view from the vulnerability and frailty [Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio: Una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad]. *Index de Enfermería*, 26(3), 210-214. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962017000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Gross, C. B., Kolankiewicz, A. C. B., Schmidt, C. R., & Berlezi, E. M. (2018). Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 209-216. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800030>
- Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas de la & Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable\\_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc\\_FragilidadyCaidas\\_persona\\_mayor.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_persona_mayor.pdf)
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Haldane, V., Dodd, W., Kipp, A., Ferrolino, H., Wilson, K., Servano, D., Jr., Lau, L. L., & Wei, X. (2022). Extending health systems resilience into communities: A qualitative study with community-based actors providing health services during the COVID-19 pandemic in the Philippines. *BMC Health Services Research*, 22(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08734-4>
- Hansson, A., Svensson, A., Ahlström, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B., & Alsén, P. (2018). Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care

of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680-689.

<https://doi.org/10.1177/1403494817716001>

Heidegger, M. (1988). *The Basic Problems of Phenomenology*. Indiana University Press.

Helpage International. (2023). *Global network*. HelpAge International.

<https://www.helpage.org/who-we-are/our-network/>

Herrera Cardona, A., & Castañeda Sánchez, V. (2020). Síndrome de trabajador quemado:

Existencia del burnout sector salud. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 17(1), 32-44.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7818318>

Hoedemakers, M., Marie Leijten, F. R., Looman, W., Czypionka, T., Kraus, M., Donkers, H., van den Hende-Wijnands, E., van den Broek, N. M. A., & Rutten-van Mölken, M. (s. f.).

Integrated Care for Frail Elderly: A Qualitative Study of a Promising Approach in The Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 19(3), 16.

<https://doi.org/10.5334/ijic.4626>

Iglesias-Souto, P. M., Real Deus, J. E., Dosil Maceira, A., Mayo Pais, M. E., & Taboada Ares, E.

M. (2018). Asignación de servicios sociales a personas mayores: Revisión y modelo de toma de decisiones. *Cuadernos de trabajo social*, 31(2), 417-430.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6663596>

Imsero. (2003). *Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007)*. Ministerio de Trabajo

y Asuntos Sociales. <https://studylib.es/doc/8117317/plan-de-acci%C3%B3n-para-las-personas-mayores-2003-2007>

Imsero. (2022). *Libro Blanco del «Envejecimiento Activo». 2011*. Instituto de Mayores y

Servicios Sociales. <https://imsero.es/espacio-mayores/envejecimiento-activo/libro-blanco-del-envejecimiento-activo>

Imsero. (2023a). *Imsero—Inicio*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imsero.es>

Imsero. (2023b). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2010*. Instituto de

Mayores y Servicios Sociales. <https://imsero.es/el->

imerso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/libro-blanco-coordinacion-sociosanitaria-espana

INE. (2020, septiembre 22). Notas de prensa. *Instituto Nacional de Estadística*.

[https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf)

INE. (2021). *Demography of Europe—An ageing population*. Demography of Europe.

[https://www.ine.es/prodyser/demografia\\_UE/bloc-1c.html?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es)

INE. (2023). *Instituto Nacional de Estadística*.

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param2=1259925408261&param4=Mostrar](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param2=1259925408261&param4=Mostrar)

Jauregui, J., & Romina, K. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 110-115.

[https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/12815\\_110-115\\_HI3-2\\_Revision\\_Jauregui%20Rubin.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/12815_110-115_HI3-2_Revision_Jauregui%20Rubin.pdf)

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Pub. L. No. Ley 14/1986, BOE-A-1986-10499 15207 (1986). <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Pub. L. No. Ley 16/2003, BOE-A-2003-10715 20567 (2003).

<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16>

Junta de Andalucía. (2020). *I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023*.

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/208782.html>

Junta de Andalucía. (2022a). *Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria*.

<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/participacion/todos-documentos/detalle/241486.html#>

- Junta de Andalucía. (2022b). *Estrategia Andaluza Para La Coordinación Sociosanitaria*.  
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/planificacion/estrategia-sociosanitaria.html>
- Junta de Andalucía. (2023). *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia. 2016*.  
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/77981.html#>
- Koller, J. M., Hutchings, B. L., & Zobotka, J. (2023). Older Adult Residents in Cohousing Communities: Impact and Response to the COVID-19 Pandemic, Part 2 (P2) Follow-Up Study. *Journal of Aging and Environment*. Scopus.  
<https://doi.org/10.1080/26892618.2022.2161031>
- Koskinen, C., & Nyström, L. (2017). Hermeneutic application research – finding a common understanding and consensus on care and caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 175-182. Scopus. <https://doi.org/10.1111/scs.12306>
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Competential development of nurses in the public health system of Andalucía [Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía]. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83-89.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>
- Lamata Cotanda, F. (2017). Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 164-167.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1699-695X2017000300164&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2017000300164&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Lebrusán, I. (2022). Personas mayores en situación de riesgo residencial extremo en España: Un diagnóstico regional. *EURE (Santiago)*, 48(145), 1-24.  
<https://doi.org/10.7764/eure.48.145.09>

- Lesende, I. (2004). Atención a las personas mayores en atención primaria. Necesidad de formación. *Atención Primaria*, 33(8), 415-416. <https://core.ac.uk/reader/82330090>
- López Doblas, J., & Trinidad Requena, A. (2007). *La situación social de los mayores en Andalucía*. Centro de Estudios Andaluces. Junta de Andalucía.
- López, L. E. G., Fernández, I. B., Navarro, M. Q., & Cordero, M. E. A. (2020). Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. *Medimay*, 27(3), 339-355. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98953>
- López-Cortacans, G., Pérez-García, M., Pérez-García, R., & Pérez-García, D. (2021). Síndrome de burnout y efectos adversos: La prevención ineludible. *Atencion Primaria*, 53(10), 102154. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102154>
- Luengo Martínez, C. E., Hidalgo Arriagada, N., Jara Neumann, G., & Rivera Gutiérrez, R. (2019). Burnout en profesionales de enfermería de la atención primaria de salud: Una revisión sistemática. *Revista Enfermería del Trabajo*, 9(3), 9-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726381>
- LXIX Asamblea Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: Hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana (WHA69.3)*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>
- MacAdam, M. (2015). PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy. A system-level integration model in Quebec. *International Journal of Integrated Care*, 15, e018. <https://doi.org/10.5334/ijic.2246>
- Marchena Hernández, J., & Torres Brieva, D. E. (2011). *Población a riesgo de desarrollar síndrome de Burn—Out y cuáles sus factores de riesgo* [Universidad CES]. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/1787>
- Martín Lesende, I. (2005). Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. *Atención Primaria*, 36(5), 273-277. <https://doi.org/10.1157/13079149>

Martín Lesende, I., Gorroñoigoitia Iturbe, A., Gómez Pavón, J., Baztán Cortés, J. J., & Abizanda

Soler, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria*, 42(7), 388-393. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.022>

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*,

17(3), 613-619. <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>

Medicaid. (2023). *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*.

<https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/program-all-inclusive-care-elderly/index.html>

Mena Roa, M. (2022). *Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años*. Statista

Infografías. <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total>

Menéndez Granados, N., Vaquero Abellán, M., Toledano Estepa, M., Pérez Díaz, M. M., &

Redondo Pedraza, R. (2019). Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 38-44.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.011>

Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica

del Ministerio de Sanidad y Política Social y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, Pub. L. No. Real Decreto 1041/2009, BOE-A-2009-10761 54658 (2009).

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/06/29/1041>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Pública 2022*. Gobierno de España.

[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_\\_\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf)

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley

39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

- personas en situación de dependencia, Pub. L. No. Real Decreto 1051/2013, BOE-A-2013-13811 107128 (2013). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2013/12/27/1051>
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, Pub. L. No. Real Decreto 137/1984, BOE-A-1984-2574 2627 (1984).  
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137>
- Miralles, R., Sabartés, O., Ferrer, M., Esperanza, A., Llorach, I., García-Palleiro, P., & Cervera, A.-M. (2003). Development and Validation of an Instrument to Predict Probability of Home Discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), 252-257. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51066.x>
- Molés Julio, M. P., Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Nuin Orrio, C., Botigué Satorra, T., & Maciá Soler, L. (2016). Estudio de fragilidad en adultos mayores: Diseño metodológico. *Gerokomos*, 27(1), 8-12.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2016000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2016000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Montenegro, A. O., & Soler, L. M. (2013). Dependencia social en la vejez: Pobres en formación, en pensión y en vivienda. *Enfermería Global*, 12(4), Article 4.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.157241>
- Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Demarzo, M. M. P., Trenc, P., & Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 11(6), e0157499.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157499>

Morales-Romo, N., Huete-García, A., & Chaverri -Carvajal, A. (2021). La gestión de la atención a la dependencia en España. Análisis y propuestas. *Prisma Social*, 32, 2-24.

<http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6342>

Moreno Abellán, P. (2015). Los programas intergeneracionales en la Región de Murcia: Un análisis cualitativo desde la perspectiva de sus protagonistas. *Proyecto de investigación*:

<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47059>

Naciones Unidas. (1982). *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena 1982*.

United Nations; United Nations.

<https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>

Oliva, J., Zunzunegui, M. V., García-Gómez, P., & Herrera, E. (2011). Challenges in autonomy and dependency care for the elderly population [Desafíos en la autonomía y la

atención a la dependencia de la población mayor]. *Gaceta Sanitaria*, 25, 1-4.

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. WHO; World Health Organization.

[https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

OMS. (2023). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*.

<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

ONU. (1991). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad | United Nations For Ageing*.

<https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

ONU. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002*. United

Nations; United Nations. <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002>

- ONU. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights | Population Division*.  
<https://www.un.org/development/desa/pd/news/world-population-ageing-2020-highlights>
- ONU. (2023a). *Ageing | Division for Inclusive Social Development (DISD)*.  
<https://social.desa.un.org/issues/ageing>
- ONU. (2023b). *Día Internacional de las Personas de Edad*. United Nations; United Nations.  
<https://www.un.org/es/observances/older-persons-day>
- OPS, & OMS. (2018). *Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas Mayores*. Pan American Health Organization / World Health Organization.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14183:age-friendly-network&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14183:age-friendly-network&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- OPS/OMS. (1978). *Declaracion de Alma-Ata*.  
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Pan American Health Organization, Organización Mundial de la Salud, Canada Salud y Bienestar Social, & Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018a). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018b). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Parry, J. (2011). Foreword. In praise of the Kaiser model. *The Health Service Journal*, 121(6278), 23. Scopus.

- Paz Ramos, B. (2022). Escalas de valoración en el paciente geriátrico. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 12. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escalas-de-valoracion-en-el-paciente-geriatrico>
- Pedrero-Pérez, E. J., Morales-Alonso, S., Rodríguez-Rives, E., Valero-Oteo, I., Álvarez-Crespo, B., Díaz-Olalla, J. M., & Benítez-Robredo, M. T. (2022). Fragilidad y riesgo de dependencia: El cuestionario de Barber en estudios poblacionales. *Gerokomos*, 33(2), 76-81. <https://medes.com/publication/171728>
- Pérez, R. G., Díaz, M., & Moreno, R. G. (2011). *Prevalencia de fragilidad según el cuestionario de Barber y los criterios de atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-de-fragilidad-seg%C3%BAAn-el-cuestionario-de-P%C3%A9rez-D%C3%ADaz/d2fe6aba9fc146eb46c4d6c97acd1a6b70ee94ea>
- Perilla Orozco, D. M., Pantoja Molina, A. D., & Sánchez-Duque, J. A. (2020). Abordaje integral del adulto mayor: Una mirada desde la atención primaria. *Atención familiar: Órgano de difusión científica del Departamento de Medicina Familiar*, 27(2), 109-110. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8368087>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pierry, D. (2018). *CLIC: Quelles sont les missions du Centre Local d'Information et de Coordination*. Aide-Sociale.fr. <https://www.aide-sociale.fr/clic-personnes-agees/>
- Pinzón-Pulido, S., Alonso-Trujillo, F., Torró-García-Morato, C., Raposo-Triano, M. F., & Morilla-Herrera, J. C. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enfermería Clínica*, 26(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.002>

- Piñas, A. (2020). Antropología del envejecimiento: El respeto a la autonomía del mayor: *Revista Iberoamericana de Bioética*, 12, Article 12.  
<https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.004>
- Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T., & Rodríguez Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- RAE. (2022). *Envejecimiento | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/envejecimiento>
- Ramírez-Pérez, C., & Cámara, A. (2023). Impacto económico de una implantación plena del Plan de Choque en Dependencia 2021-2023 en España. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102289. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102289>
- Ramos Cordero, P., & Pinto Fontanillo, J. A. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Avances en Odontología*, 31(3), 107-116. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000300001>
- Rejas Bueno, M., Bacaicoa López de Sabando, A., & Sánchez Robles, G. A. (2022). Expectativas de los profesionales sanitarios sobre el beneficio obtenido por intervenciones habituales en atención primaria. *Atención Primaria*, 54(4), 102235. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102235>
- Resnick, B., Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Malone, M. L. (2017). *Essentials of Clinical Geriatrics*. McGraw-Hill Education.
- Risco, E., Zabalegui, A., Miguel, S., Farré, M., Alvira, C., & Cabrera, E. (2017). Aplicación del modelo Balance of Care en la toma de decisiones acerca del mejor cuidado para las personas con demencia. *Gaceta Sanitaria*, 31, 518-523. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.006>

- Robledo Marín, C. A., Duque Sierra, C. P., Hernández Calle, J. A., Ruiz Vélez, M. A., Zapata Monsalve, R. B., Robledo Marín, C. A., Duque Sierra, C. P., Hernández Calle, J. A., Ruiz Vélez, M. A., & Zapata Monsalve, R. B. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *Revista CES Derecho*, 13(2), 132-160. <https://doi.org/10.21615/cesder.6453>
- Robledo Marín, C. A., Orejuela Gómez, J. J., Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Román Sánchez, P., Ferrer Arnedo, C., & Orozco Beltrán, D. (2021). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.
- Romero Romero, M. J., Rodríguez Moreno, S., Borraz Espejo, B., & Villaverde Gutiérrez, C. (2009). Prevalencia de ancianos de riesgo en atención primaria y apoyo social que reciben. *Scientia: revista multidisciplinar de ciencias de la salud*, 14, 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3780253>
- Romero-Medina, J. L., González-López, A. M., Vázquez-Cruz, E., Gutierrez-Gabriel, I., Montiel-Jarquín, A., Córdova-Soriano, J. A., & López-Colombo, A. (2019). Síndromes Geriátricos en pacientes de primer nivel de atención médica. *Prensa méd. argent*, 270-276. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/prensamedica.com.ar/>
- Rotaeché del Campo, R., & Gorroñoitía Iturbe, A. (2022). Reflexiones sobre la atención primaria del siglo xxi. *Atención Primaria Práctica*, 4, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100159>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Andina-Díaz, E., Fernández-Medina, I. M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Emotions, Feelings, and Experiences of Social Workers While Attending to Vulnerable Groups: A

Qualitative Approach. *Healthcare*, 9(1), Article 1.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9010087>

Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), Article 4.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>

Ruiz-Pérez, I., Agüera-Urbano, C., Pastor-Moreno, G., Pérez-Corral, O., & Suess-Schwend, A. (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* (3.<sup>a</sup> ed.). Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía.

Salmerón, V. S., Eransus, B. P., & Virto, L. M. (2021). El modelo español de cuidados de larga duración ante el desafío de la desigualdad: El reto de garantizar apoyos adecuados para la población dependiente más vulnerable. *Revista Prisma Social*, 32, Article 32.

<https://revistaprismasocial.es/article/view/4080>

Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P. C., Gispert Abreu, E. de los Á., Vila Viera, M., Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P. C., Gispert Abreu, E. de los Á., & Vila Viera, M. (2019). Envejecimiento poblacional: Algunas valoraciones desde la antropología. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 708-724.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242019000300708&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242019000300708&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Sánchez-García, E., Montero Errasquin, B., & Cruz-Jentoft, A. (2020). Actualización en valoración geriátrica integral. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España*, 1(137), 77-82. [https://analesranm.es/revista/2020/137\\_01/13701doc01](https://analesranm.es/revista/2020/137_01/13701doc01)

Santos, N. (2020, julio 6). *Córdoba tiene el índice de vejez más alto de toda Andalucía*. El Día de Córdoba. [https://www.eldiadecordoba.es/cordoba/cordoba-indice-vejez-andalucia\\_0\\_1480052199.html](https://www.eldiadecordoba.es/cordoba/cordoba-indice-vejez-andalucia_0_1480052199.html)

- Saraiva Aguiar, R., & Salmazo da Silva, H. (2022). Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: Una revisión integradora. *Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería*, 21(1), 545-589.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8266059>
- Saramago, J. (2000). *La caverna*. Alfaguara.
- SEGG. (2006). *Tratado de Geriátría para Residentes*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Serón, T., & Echevarría, F. (2016). Maltrato en el adulto mayor: Un problema de relevancia psicosocial. *Rev GPU*, 16(1), 47-55. <https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/11/7-Maltrato-en-el-adulto-mayor.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. (2006). *Guía de uso del documento de Cartera de Servicios de Atención Primaria*.  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/guia-de-uso>
- Servicio Andaluz de Salud. (2015). *PiCuida. Estrategia de Cuidados de Andalucía*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/PiCuida-Estrategia-de-Cuidados-v1.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. (2016). *Estrategia para la renovación de la Atención Primaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud.  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2019/Renovac\\_AP\\_v10.1.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Renovac_AP_v10.1.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. (2019). *Sistemas de información del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir*.
- Servicio Andaluz de Salud. (2021). *Estrategia de cuidados de Andalucía*.  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia>

Servicio Andaluz de Salud. (2023a). *Actuación ante la violencia de género*. Servicio Andaluz de Salud.

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/apoyo-la-atencion-sanitaria/actuacion-ante-la-violencia-de-genero>

Servicio Andaluz de Salud. (2023b). *Diraya*.

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/diraya>

The World Medical Association. (2021). *Declaration of Helsinki 1996*.

<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct1996/>

Torrado Ramos, A. M., Sánchez Pérez, L., Somonte López, R., Cabrera Marsden, A. M.,

Henríquez Pino Santos, P. C., & Lorenzo Pérez, O. (2014). Envejecimiento poblacional: Una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Revista Novedades en Población*, 10(19), 18-29.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1817-40782014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

Tribunal de Cuentas. (2017). *Informe de Fiscalización de Seguimiento de las Recomendaciones Realizadas por el Tribunal de Cuentas en el «Informe de Fiscalización sobre las Medidas de Gestión y Control Adoptadas por las Comunidades Autónomas para la Adecuada Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia»*. Gobierno de España.

<https://www.tcu.es/repositorio/07e1577d-f495-4f6b-b2ab-02e3188e3819/l1484.pdf>

Tribunal de Cuentas. (2021). *Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

United Nation. (2023). *UNdata*. <https://data.un.org/>

United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019. Highlights*. Department of Economic and Social Affairs. UN.

[https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019\\_highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf)

United Nations. (2022). *World Population Prospects*. <https://population.un.org/wpp/>

United Nations For Ageing. (2021). *Regional workshop “Evidence-based ageing-related policies in sub-Saharan Africa”*.

<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2021/12/regional-workshop-evidence-based-ageing-related-policies-in-sub-saharan-africa/>

Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30, 25-30.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>

Vellas, B. (Ed.). (2016). *El libro blanco de la fragilidad*. Interantional Association of Gerontology and Geriatrics & Sociedad Española de Medicina geriátrica.

<https://www.semeg.es/uploads/archivos/LIBRO-BLANCO-SOBRE-FRAGILIDAD.pdf>

Vogel, R., Bours, G., Erkens, P., Metzelthin, S., Zwakhalen, S., & van Rossum, E. (2021). The content of the nurses in the lead programme for empowering community nurse leadership in implementing evidence. *Leadership in Health Services*, 34(2), 69-83.

Scopus. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2020-0063>

Wanden Berghe, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio*, 5(2), 115-124.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7984465>

WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

WHO. (2018). *WHO Housing and health guidelines*. World Health Organization.

WHO. (2019). *Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17&isAllowed=y>

Zarebski, G. (2021). *La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la gerontología*. Fundación SIDOM.

[https://www.fundacionsidom.org/index.php/investigacion/ver\\_investigacion/39](https://www.fundacionsidom.org/index.php/investigacion/ver_investigacion/39)

Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 68-73.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>

Zurro, A. M., Pérez, J. F. C., & Badia, J. G. (2021). *Compendio de Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia* (5.ª ed.). Elsevier Health Sciences.

**ANEXOS**

**ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

**Información, Privacidad y Protección de Datos. Consentimiento Informado.**

Va usted a participar en un Proyecto de Investigación “ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL: EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD SOCIO SANITARIA COMPLEJA.

Desde la Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema de salud, se abordan numerosos problemas derivados de este envejecimiento poblacional y se hacen evidentes los casos en los que no es posible dar la respuesta adecuada y oportuna con los recursos socio sanitarios de los que se disponen. El objetivo de este estudio: Conocer la tipología de aquellos casos de “atención a mayores en riesgo” que no encuentran respuesta en el sistema formal comunitario para diseñar los mejores cauces y herramientas para abordar este tipo de situaciones de forma más eficiente, así como identificar los signos de alarma que pueden servir para poner en marcha respuestas precoces que eviten complicaciones mayores.

Se trata de un estudio que utilizará una metodología de tipo cualitativa, enfocada a realizar entrevistas personales en profundidad y grupos focales multidisciplinares. Queremos contar con su experiencia profesional con estas personas “mayores en riesgo social” a las que atiende en su práctica asistencial.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de su intervención, así como de los datos que se recojan.

Podrá ejercitar su derecho a oposición a la participación, rectificación y cancelación de sus datos de acuerdo a la ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre (LOPD) de Protección de datos de carácter personal.



## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN/ CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: "ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL: EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD SOCIO SANITARIA COMPLEJA.

(Nombre del profesional)

---

- He recibido la hoja de información sobre el estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He sido informado por (nombre del investigador):

---

Comprendo que mi participación es voluntaria

- ✓ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- ✓ Cuando quiera,
- ✓ sin tener que dar explicaciones,
- ✓ sin que esto repercuta en mis cuidados.

He expresado libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Córdoba, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma de la persona que participa en el estudio.

Firma del investigador

## ANEXO 2. PERMISO DEL COMITÉ ÉTICO



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía

Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

**CERTIFICA**

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 29 de mayo de 2018 (Acta nº 277, ref. 3924), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL: EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD SOCIOSANITARIA COMPLEJA", Cód. Protocolo APL ATENCION A MAYORES, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informado versión 1 de 15/05/2018, en el que figura como investigadora principal Dña. Ángeles Pastor López, adscrita al Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el artículo 18 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a 4 de junio de 2018

EL SECRETARIO

LA PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA DE LA  
INVESTIGACIÓN DE CÓRDOBA  
CONSEJERÍA DE SALUD  
CÓRDOBA

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

### ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DE DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA GUADALQUIVIR

#### AUTORIZACIÓN DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA-GUADALQUIVIR

D. JOSE MANUEL COSANO SANTIAGO, Director Gerente del DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA-GUADALQUIVIR.

#### HACE CONSTAR:

- Que conoce el proyecto de investigación con título: "ATENCIÓN A MAYORES EN RIESGO SOCIAL: EXPERIENCIAS DE UNA REALIDAD SOCIOFAMILIAR COMPLEJA" de ANGELES PAITOR LOPEZ con DNI 25.997.134 G
- La realización del Proyecto de Investigación no interfiere en el funcionamiento del Servicio/UGC implicado ni de otros Servicios/ UGCs no incluidos en este documento.
- Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización del Proyecto de investigación se da la conformidad para su realización en el Centro. El mismo quedará condicionado al informe favorable del Comité de Ética de Investigación de Córdoba
- El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionales aceptadas

Por lo que **ACEPTA** la realización de este estudio en este Distrito Sanitario.

En Córdoba, a 4 de mayo de 2018.

Fdo. D. JOSE MANUEL COSANO SANTIAGO  
 Director Gerente  
 DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA-GUADALQUIVIR.

Código	016122FFD9A2E2D4F01F7E9240c	Fecha	01/05/2018	
Firmado Por	JOSE MANUEL COSANO SANTIAGO			
URL De Verificación	<a href="https://sede.juntadeandalucia.es/verificafirma/">https://sede.juntadeandalucia.es/verificafirma/</a>	Página	1/1	