

INFORME DEL PROYECTO DE FRAGILIDAD

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

INFORME DEL PROYECTO DE FRAGILIDAD

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2018

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Edición:

1ª, octubre de 2018

Tirada:

200 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
Departamento de Empleo y Políticas Sociales

Internet:

www.euskadi.eus

Autoría:

Hurkoa

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1. 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y maquetación:

Dirección de Gabinete y Comunicación. Departamento de Empleo y Políticas Sociales

Impresión:

Gráficas Irudi, S.L.

D.L.:

VI 138-2018

Presentación

La relación de Hurkoa con las personas en situación de fragilidad ha sido constante e intensa desde el comienzo de su andadura. Centrada inicialmente en la defensa y la tutela de las personas mayores incapacitadas, pronto llegó el encargo de Caritas Diocesana de que asumiera la responsabilidad y gestión de los Centros de Día N^a S^a de las Mercedes y Laguntza Etxea, extendiéndose así nuestra labor a la atención y al cuidado de personas en situación de dependencia, primero personas mayores y más tarde, también, personas con enfermedad mental.

La experiencia nos ha mostrado que el trabajo con las personas en situación de dependencia es fundamental de cara a la prevención y al adecuado abordaje de la incapacidad. Conociendo a las personas antes de que pierdan su capacidad de gobernarse, puede prepararse la fase de tutela y tratar de organizarla de un modo mejor y más respetuoso de su voluntad, derechos y valores.

También hemos aprendido que en la antesala de la dependencia e incapacidad se encuentran muchas personas igualmente necesitadas de acompañamiento y apoyo. Y es que la incapacidad y la dependencia no dejan de ser procesos graduales, que se presentan de manera diferente en cada persona. Por ello, es fundamental, para prevenir y evitar abusos y tratos inadecuados, la detección lo más temprana posible de las situaciones de desprotección, caracterizadas generalmente por la falta de un entorno familiar y social apropiado que garantice y exija el respeto de sus derechos e intereses.

A esa zona de penumbra nos referimos cuando aludimos a la fragilidad. Se trata de una etapa de la vida caracterizada por la progresiva precariedad y pérdida de capacidades y deterioro funcional, que limitan las posibilidades de respuesta de las personas afectadas, colocándolas en un estado de inseguridad y vulnerabilidad, con el correspondiente riesgo de fragmentación y caída en la dependencia.

Múltiples son las razones que aconsejan el desarrollo de líneas de intervención en relación con las situaciones de fragilidad: mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas, apoyarlas y acompañarlas para retrasar la llegada de la dependencia e incapacidad, ayudarlas en el proceso de planificación de la última etapa de su vida, con pleno respeto de su voluntad, prevenir posibles situaciones de maltrato y abuso...

Y, a partir de esta reflexión, en nuestros planes estratégicos de 2010 y 2015-2018, entendiendo que debíamos incluir entre nuestras prioridades institucionales el “potenciar la atención a personas en situación de riesgo y/o fragilidad”, creamos el Proceso de Atención a la Fragilidad.

El presente volumen recoge los resultados de la principal acción impulsada en este marco desde el Patronato y la Dirección de Hurkoa. Partiendo de la constatación de que las personas en situación de fragilidad son “socialmente invisibles”, se entendió que había que partir de la delimitación del concepto de persona socialmente frágil y analizar, mediante una metodología cualitativa, la realidad de sus necesidades, dificultades y carencias. Con esa información, con el análisis de la legislación vigente y con el repaso de los recursos existentes, el objetivo final del estudio era y es contribuir a la elaboración de un “Plan Integral de Atención a la Fragilidad”, que tras su aplicación de forma piloto y evaluación, pueda servir de guía para la intervención en este campo en otras áreas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, coordinando los recursos existentes, facilitando el acceso a los mismos y sensibilizando a las instituciones y a la sociedad en general.

Como Presidente de Hurkoa Fundazioa es para mí un motivo de la mayor satisfacción ver culminado este primer estudio, por lo que felicito efusivamente a Evelia Cantera, Jos Marañón y María Luisa Otaño, patronos integrantes del grupo directivo y de coordinación liderado por nuestra también patrona Marijo Valderrama, y al equipo responsable del trabajo de campo, Ander Amunarriz, María Casla, Yésica Costa, José Ignacio del Pozo y Susana Montesino, al igual que a quienes participaron en los grupos focales constituidos para recoger la perspectiva de los actores sociales implicados.

El estudio ha sido además posible gracias a las ayudas procedentes del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco (durante los ejercicios 2015/2016/2017), de Cáritas Española (en 2015 y 2016), de la Obra Social “la Caixa” (2016) y de Fundación Kutxa (2017). A todos ellos nuestro sincero reconocimiento por esta nueva muestra de confianza y de compromiso con nuestra labor. También al Departamento de Empleo

y Políticas Sociales del Gobierno Vasco por su apoyo a la visibilización del estudio (Jornadas) y la financiación de su publicación; y al Ayuntamiento de Irún y al Colegio de Farmacéuticos de Gipuzkoa por su impulso y acompañamiento en el ilusionante esfuerzo de implantación del proyecto piloto en Irún.

No debo terminar sin añadir que la energía e ilusión desplegada para la elaboración de este estudio también es extensiva a los profesionales de Hurkoa a la hora de seguir dando de algún modo respuesta a las demandas crecientes de atención que nos llegan por parte de personas en situación de fragilidad, y a cuya cobertura no alcanzan los servicios sociales, ni otras entidades. Caracterizada como hemos dicho por la creciente inseguridad y la pérdida progresiva de facultades, las personas en situación de fragilidad precisan de un acompañamiento y apoyo no sólo en el plano burocrático o de gestión, sino, en ocasiones, también para acudir a los servicios médicos; de otra parte, y frente a la frecuente soledad, contar con alguien en quien poder confiar a la hora de resolver dudas y dificultades resulta precioso. Por todo lo cual, y respecto de aquellas personas que lo solicitan, nuestros equipos

- se esfuerzan en brindarles orientación y asesoramiento jurídico-social, así como la atención integral que demanden,
- desarrollan un seguimiento de su situación, atendiéndoles puntualmente si lo precisan, y
- promueven acciones formativas, de sensibilización y divulgación en la sociedad acerca de los recursos e instrumentos existentes para la anticipación de voluntades y mejor preparación y prevención de las situaciones de dependencia e incapacitación.

José Luis de la Cuesta Arzamendi
Presidente

Índice

1. Introducción	9
2. Justificación del estudio	13
2.1. Situación de las personas mayores y sus condiciones de vida	13
2.2. Hurkoa y las personas mayores	15
2.3. ¿De qué hablamos cuando hablamos de fragilidad?	17
2.4. Estado de la cuestión. Demografía	19
2.5. Marco legal	23
2.6. Recursos actuales	26
2.7. Necesidades	28
3. El estudio. Trabajo prospectivo	31
3.1. Objetivos	31
3.2. El Proyecto	32

3.3. Los resultados	34
3.3.1. Abordando la Fragilidad	34
3.3.1.1. Aproximación al concepto de Fragilidad	35
3.1.1.2. Otros colectivos en fragilidad	39
3.3.2. Situaciones de riesgo: Las alarmas	44
3.3.3. Diferencias de género	51
3.3.4. Los recursos	56
3.3.5. Quienes deben estar implicados	59
3.3.6. La respuesta actual	62
3.3.7. Lagunas actuales y situaciones más preocupantes	64
3.3.7.1. Las lagunas actuales	64
3.3.7.2. Situaciones más preocupantes	70
3.3.8. Necesidades de las personas en situación de fragilidad	74
3.3.9. Proyectos en marcha y a futuro	75
4. Propuestas y sugerencias	79
4.1. Sugerencias	79
4.2. Recomendaciones	81
4.3. Propuesta de actuaciones	84
5. Sugerencias finales	87
6. Bibliografía	89
Anexo 1	93

1. Introducción

El envejecimiento de la población en los países desarrollados se ha convertido en una de las cuestiones que requieren de una atención permanente por parte de las autoridades y de las políticas de todos los gobiernos. Más allá de su dimensión demográfica y de su clara repercusión en la composición de la estructura por edades de la población, el envejecimiento adquiere una gran importancia por sus efectos sociales, políticos y económicos.

En los últimos veinte años en Euskadi, al igual que en el conjunto de los países desarrollados, está produciéndose un proceso de progresivo envejecimiento de su población. Este hecho, que tiene un aspecto positivo como es el que cada vez las personas viven más tiempo y son más longevas, implica también un gran reto para la sociedad que no es otro que la necesidad de disponer y de procurar que todas las personas puedan vivir a lo largo de toda su vida en las condiciones más adecuadas; para ello es necesario crear las estrategias, herramientas y políticas más acordes en aras de garantizar su bienestar.

La consecución de ese objetivo afecta a todos los ámbitos de actuación de la sociedad. Así, por ejemplo, se ve afectado el ámbito social pues las personas, a medida que tienen más edad, presentan nuevas necesidades y precisan de atenciones de acompañamiento y de recursos adaptados a las mismas. Lo mismo ocurre en el ámbito sanitario, sobre todo

en determinadas cohortes de edad, ya que es obvio que a medida que se va envejeciendo aumentan los problemas de salud y la demanda de atención sanitaria¹. Todo ello obliga a la reconstrucción de un escenario en el que se disponga de los recursos necesarios para responder a esas necesidades. Un escenario que permita una adecuada planificación para conseguir el mejor futuro posible para toda la población.

Desde hace varios años, en nuestro contexto, se están realizando diversos estudios, elaborando planes y promulgando normas que tienen como finalidad favorecer políticas y actuaciones de envejecimiento activo (IM-SERSO, 2011), (Eusko Jaurilaritza/Gobierno Vasco, 2015) (1) (2), de prevención de maltrato y abusos a las personas mayores (Pérez Rojo, G. y otros, 2010), (Sancho, M. (Dir.), 2011), (Gómez Martín, M.P. y otra (Coord.), (Gobierno Vasco, 2015), (3) (4) (5) (6).

Es en este punto en el que el presente estudio hace especial hincapié. Pues si bien es loable el esfuerzo por fomentar y propiciar políticas de envejecimiento activo, existe una realidad que ha estado oculta hasta hace poco tiempo, a la que no se le ha prestado la atención que requiere, como es la protección de los derechos de las personas mayores.

Esta cuestión se está constituyendo en tema central a la hora de abordar gran parte de las planificaciones destinadas a mejorar la vida cotidiana de este colectivo. En general se asocia a garantías de protección económica, de acceso a recursos socio-sanitarios o culturales, de respeto a la capacidad de elección, a la autonomía o a la intimidad, pero hasta ahora no se ha puesto tanto el énfasis en el afrontamiento de las situaciones de maltrato que vulneran gravemente los derechos de estas personas, ni en la prevención de situaciones de soledad, de abandono o de exclusión que tan gravemente afectan a su estado de salud y a su bienestar psicosocial.

El estado de salud en las personas mayores no puede circunscribirse sólo a la presencia o ausencia de enfermedades, es necesario valorar y tener en cuenta también su grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades de la vida diaria sean unos de los aspectos principales de la salud y del bienestar de las personas adultas mayores. En ese sentido, es importante identificar las capacidades potenciales de autocuidado que poseen para conocer hasta qué punto esas personas pueden satisfacer sus necesidades vitales, pueden recuperarse de los daños y de la enfermedad y pueden manejarse en la búsqueda de servicios, apoyos y recursos existentes, que en ocasiones son desconocidos o de difícil acceso para ellas, con el fin de mantener una vida digna y un estado de salud óptimo en función de sus características y condiciones.

¹ En referencia a las personas con problemas de salud, antes letales y que hoy se cronifican y a las personas con multipatologías.

Así mismo, es ineludible determinar cuándo una persona se encuentra en situación de vulnerabilidad, de fragilidad. Para ello resulta imprescindible llegar a un acuerdo en la definición y conceptualización de dichos términos. ¿Cuándo se considera una persona en situación de fragilidad? ¿Qué criterios hay que tener en cuenta para determinar que una persona es frágil y/o vulnerable? ¿Qué estrategias se han puesto en marcha o pueden establecerse para atender a esas personas? ¿Qué recursos existen o se requieren para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de esas personas? Éstos son algunos interrogantes que pueden plantearse.

Este proyecto quiere ser un instrumento que dé respuesta a algunos de estos interrogantes. Es un proyecto que nace como resultado del compromiso del Gobierno Vasco por ir dando respuesta adecuada a las necesidades percibidas y sentidas de las personas que se encuentran en situación más vulnerable. A lo largo de los últimos años se han publicado Leyes y Decretos para la promoción del envejecimiento activo, para regular el sistema de prestaciones sociales, para la atención a la dependencia que siendo iniciativas e instrumentos muy necesarios no por ello llegan a dar respuesta a todas las necesidades existentes. En ese sentido este es un proyecto que pretende poner el foco de atención en las personas que sin estar en situación de dependencia, sí se encuentran en unas circunstancias vitales que precisan de orientación, asesoramiento, acompañamiento y ayuda para encarar la última etapa de su vida en unas condiciones adecuadas y en las que se respete su dignidad personal.

El estudio se estructura en cuatro grandes partes. La primera parte se centra en la justificación del mismo. La segunda parte se ocupa del diseño del trabajo realizado, del análisis del proceso seguido para su realización y del informe interpretativo del trabajo. La tercera parte recoge las áreas a tener en cuenta en la planificación de la atención a las personas en situación de fragilidad. Y en la cuarta parte se exponen las sugerencias finales. Por último, en el Anexo 1 se presenta el Plan de Actuación.

2. Justificación del estudio

2.1. La situación de las personas mayores y sus condiciones de vida

El aumento de la esperanza de vida de la población es sin duda un gran logro, sin embargo, no necesariamente implica siempre que la persona goce de una buena calidad de vida. Tener una buena salud y disponer de una buena red social de relaciones y de recursos es una de las aspiraciones de toda persona y uno de los indicadores de una sociedad socialmente evolucionada y económicamente próspera. Conseguir que las personas disfruten de años de vida libres de enfermedades, discapacidades, carencias afectivas y de relación y que cuenten con los recursos suficientes para una vida digna ha de ser uno de los objetivos de la sociedad. En ese sentido, el verdadero reto es que las personas puedan mantener su autonomía y su independencia a lo largo de toda la vida y que tengan preservados en todo momento su dignidad y el respeto a su voluntad.

No obstante, se evidencia que la dependencia es una situación que aumenta con la edad. Recientemente se ha publicado el *“Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi”* (2), en el mismo se constata que el 29% de las personas de más de 65 años necesi-

tan algún tipo de ayuda para la realización de las actividades diarias. Por otra parte, diferentes estudios sitúan la prevalencia de fragilidad en las personas mayores entre un 8% y un 12%.

Las proyecciones que se realizan sobre la situación de dependencia y discapacidad de las personas mayores a medio plazo indican que se va a dar un progresivo aumento de la discapacidad y la dependencia. Así mismo, revelan que esa situación no dependerá exclusivamente de los cambios demográficos, es decir, del progresivo envejecimiento de la población, sino que habrá que considerar también otros factores que son modificables y, por tanto, sujetos a intervención como son, por ejemplo, el contexto social y las políticas económicas, sanitarias y de intervención social.

Como se ha apuntado anteriormente la edad es un elemento que generalmente provoca un aumento de la dependencia en las personas. En ese sentido se puede afirmar que coloca a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad, es decir, en un escenario de mayor riesgo de poder recibir algún daño o lesión, bien en su integridad física y moral, bien en sus bienes y pertenencias, pudiendo ser objeto de abusos de diferente índole.

En los últimos años, a partir del comienzo de este siglo, se han empezado a desarrollar diversos estudios sobre la prevalencia de las situaciones de malos tratos en las personas mayores. Una de las primeras cuestiones que se ha tenido que abordar ha sido llegar a un acuerdo sobre cómo definir qué son los malos tratos. La Red Internacional para la prevención del maltrato hacia personas mayores (INPEA), lo definió en 1995 como la **“acción única o repetida o falta de respuesta adecuada que causa daños o angustia a una persona dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”** (7). Una vez llegado a un acuerdo en su definición, los primeros estudios indican que la prevalencia del maltrato en las personas mayores de 70 años se sitúa entre el 4% y el 12%. Estos estudios y el impulso de este tipo de iniciativas tienen relación directa con la respuesta a las personas en situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, en la medida en que se van abordando estas situaciones van surgiendo nuevas formas de acercarse a la compleja realidad de personas que viven en situaciones de “precariedad”, en contextos de marginalidad, de exclusión, de falta de atención, personas que presentan necesidades de apoyo para poder vivir de forma digna y que por circunstancias varias se convierten en invisibles para el resto de la sociedad. Se puede afirmar que son personas en situación de fragilidad.

Fragilidad es un concepto que está irrumpiendo con fuerza en el discurso de la atención a personas en situación de dificultad, dependencia, discapacidad,... En ocasiones se llega a solapar con el concepto de vulnerabilidad. No cabe duda de que se trata de un concepto polisémico que está

relacionado, en el ámbito que nos ocupa, con el de vulnerabilidad y que puede manifestarse en diferentes facetas de la vida personal y social. Definir con claridad de qué se trata cuando se habla de fragilidad no es tarea fácil. Sin embargo, en estos momentos se hace imprescindible acercarse a ese término y llegar a un consenso sobre su conceptualización.

La vulnerabilidad podría definirse como el nivel de capacidad de una persona para anticiparse, para hacer frente y resistir ante una situación de riesgo, de peligro de ser herido o recibir algún tipo de daño y para recuperarse de los mismos. Es un concepto relativo y dinámico. La vulnerabilidad puede asociarse con situaciones de carencia de recursos, o con personas que viven en aislamiento, inseguridad e indefensión ante riesgos y peligros de diferente índole. El grado de vulnerabilidad de las personas y el alcance de su capacidad para responder y hacer frente a los peligros y recuperarse de los mismos dependen de múltiples factores: físicos, económicos, sociales, políticos, etc.

La fragilidad podría decirse que es un “concepto esponja” en el sentido de que está relacionado con diferentes facetas y aspectos de la vida personal y social. Va unido a términos como soledad, dependencia, desamparo, exclusión, inseguridad, funcionalidad, capacidad. Términos todos ellos que llevan a plantear la fragilidad como una situación de precariedad, de ausencia de algunas seguridades, de limitación en la posibilidad de respuesta. La persona en situación de fragilidad, a diferencia de la que está en situación de vulnerabilidad, corre el riesgo de fragmentarse, de romperse, de entrar en un proceso de debilitamiento que suponga un deterioro progresivo de su estado.

El ser humano es frágil por naturaleza, depende de otros, es un ser interdependiente y como tal vulnerable y frágil ontológicamente. No obstante, tiene la pretensión de tener una vida feliz, una vida autorrealizada. Además es un ser que tiene dignidad y que merece ser tratado con consideración y respeto. Es un ser con una vida social y expuesto a que puedan hacerle algún daño. Por tanto, lo que más necesita para poder llegar a ser él mismo son las otras personas, sin las demás personas el ser humano no puede llegar a ser lo que quiere, no es nadie.

Sin embargo, a veces, esas otras personas no saben o no quieren satisfacer las necesidades que cada ser tiene y necesita para desarrollar sus propias capacidades. Entonces es la sociedad a través de sus instituciones quien tiene la responsabilidad de que esas necesidades estén adecuadamente cubiertas y de esa manera su dignidad sea respetada.

2.2. HURKOA y las personas mayores

La sensibilidad, la preocupación y la atención a las personas mayores ha sido uno de los pilares fundamentales de la Institución. HURKOA tiene

su origen en la experiencia del Programa de Atención a Personas Mayores que puso en marcha Cáritas Diocesana en 1978. Dicho programa estaba motivado por la constatación de un envejecimiento progresivo de la población gipuzkoana que conllevaba un mayor número de personas mayores en situación de dependencia, soledad, precariedad económica y que no tenía acceso a los servicios de atención más básicos. Desde este Programa, en 1980, se desarrolló un Servicio Domiciliario; en 1981 se abrió un primer Centro de Día, Laguntza Etxea y posteriormente ya en 1986, el Centro de Día Nuestra Señora de las Mercedes.

Poco a poco fueron surgiendo diferentes formas de servicios profesionalizados, tanto desde entidades públicas como desde la iniciativa privada.

Cáritas, fiel a su principio de subsidiariedad, fue delegando las funciones de atención domiciliaria. Sin embargo, era evidente que estos servicios no abarcaban todas las necesidades detectadas en las personas que se venían atendiendo. Era preciso protegerlas jurídicamente, defender sus derechos, evitar abusos y tratos inadecuados. Se trataba de personas vulnerables e indefensas por su falta de apoyo familiar, su pérdida de salud física y/o psíquica...

Cáritas tomó conciencia de que estaba realizando una “guarda de hecho” con estas personas y de que era preciso regularizar esta situación. No era fácil transferir dicho rol; además se constataba un aumento de personas con deficiencias físicas y/o psíquicas sin un apoyo familiar cercano que se responsabilizara de ellas de forma efectiva y adecuada. Eran personas que se sentían solas, dependientes por sus propias limitaciones y que “se afanaban por comprar un poco de cariño y atención” lo cual les hacía aún más vulnerables.

En 1990, Cáritas Diocesana de San Sebastián consideró preciso crear una Institución que, desinteresadamente y sin ánimo de lucro, defendiera y protegiera a las personas indefensas y así nació la Fundación HURKOA².

Durante estos 25 años se observa una continuidad en la atención a estos colectivos, independientemente de la causa de incapacitación y de la asunción de una responsabilidad jurídica. Siempre se ha mantenido el principio de atención a la persona, sin esperar a iniciar un procedimiento de incapacitación o tener una representación legal, contando siempre con la aprobación de la persona interesada.

De las solicitudes registradas en todos estos años, la mayor parte de ellas tienen como principal motivo la falta de apoyo familiar, seguido de situaciones de abuso, abandono o riesgo de padecerlo.

² De aquí en adelante se utilizará únicamente el término HURKOA.

Teniendo en cuenta esta realidad, HURKOA organizó un curso de verano en 2006 sobre el maltrato a personas mayores (8), posteriormente participó, en colaboración con Fundación Matía en un Seminario de reflexión sobre este mismo tema, en 2009.

La experiencia en el ejercicio de la tutela, teniendo que representar y sustituir a las personas incapaces en la toma de decisiones de carácter personal, despertó en HURKOA la inquietud por trabajar más en la prevención, por conocer a las personas cuando aún son capaces, potenciando su autonomía y capacidad de decidir. Así pues se comenzó a trabajar y orientar a las personas atendidas en la conveniencia de que fueran planificando su vida en prevención de posibles situaciones de incapacidad. La puesta en marcha de los documentos preventivos (DVA, Autotutela, Poderes preventivos...) son considerados como herramientas adecuadas para prevenir y programar situaciones de posibles incapacidades.

En 2010 al revisar el Plan Estratégico y teniendo en cuenta los datos y la experiencia descrita, HURKOA se propuso "potenciar la atención a personas en situación de riesgo y/o fragilidad" dentro de sus líneas de acción prioritarias, creando el Proceso de Atención a la Fragilidad (AFRAG)

A finales de 2014 se contabilizaban unas 70 personas atendidas desde dicho proceso que poco a poco se había ido consolidando. A la hora de diseñar el nuevo Plan Estratégico, 2015-2018, se volvió a incidir en la importancia de seguir trabajando en esta misma línea. Para ello, se propuso la realización de un Proyecto que implicara un trabajo de investigación para detectar las necesidades existentes en la atención a las personas en situación de fragilidad y que propusiera un programa de intervención para dar respuesta a estas necesidades

La conveniencia de la detección precoz de las situaciones de fragilidad está justificada por varios motivos: para mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de fragilidad, para apoyar y/o acompañar a este colectivo a fin de que puedan mantener su autonomía el mayor tiempo posible y puedan planificar su última etapa vital conforme a sus deseos y valores ayudándoles a hacerlo posible respetando su voluntad, y por supuesto, para prevenir que sean maltratadas de cualquiera de las maneras posibles.

2.3. ¿De qué hablamos cuando hablamos de fragilidad?

En HURKOA se ha venido utilizando el término de fragilidad como sinónimo de situación de riesgo, en relación con otras situaciones sociales como son la precariedad de recursos económicos, las situaciones de exclusión social, etc. Es una condición que permea todas las edades de la vida, pero adquiere una especial importancia en el caso de las personas mayores y muy mayores.

Como ha quedado expuesto en el apartado anterior, la preocupación por las personas mayores en situación de soledad ha estado presente en HURKOA desde su fundación, por el riesgo de este colectivo a sufrir situaciones de abuso y/o maltrato, relacionado con la soledad, la precariedad económica, etc, por el aumento progresivo de personas mayores y muy mayores que viven solas, con sus parejas de similar edad y/o que conviven con otras de sus mismas características, personas con poca o ninguna red social de relaciones, o con una red social también envejecida.

En el trabajo cotidiano se constataba el aumento de personas muy mayores que llegaban a situaciones de deterioro y/o terminalidad, sin haber podido planificar la última etapa de su vida conforme a sus deseos y valores. Se trataba de personas que, sin necesidad de llegar a una incapacidad legal, tenían dificultades en la gestión de algunas parcelas de su vida y en la realización de gestiones más o menos complejas y/o para la toma de algunas decisiones importantes. En estas circunstancias necesitaban de un asesoramiento y/o un acompañamiento respetuoso con su voluntad.

Pero ¿qué se entiende por fragilidad? Habría que destacar, en primer lugar, que definir el término no es fácil. Se trata de un concepto complejo, polisémico que tiene diferentes acepciones en función del punto de vista desde el que se aborde.

Es un concepto que a nivel sanitario y geriátrico está más definido, pero que en el ámbito psicosocial presenta mayores dificultades de conceptualización.

Desde un punto de vista semántico, y según lo define el diccionario de la Real Academia de la Lengua, fragilidad es la *“cualidad de frágil”*. Y frágil, a su vez, significa *“quebradizo, y que con facilidad se hace pedazos. Débil, que puede deteriorarse con facilidad”* (9). En este sentido, puede decirse que una persona frágil es una persona en situación de riesgo, que puede “romperse” en cualquier momento. Es decir, que puede perder la capacidad para gestionar su vida y por tanto, convertirse en un ser dependiente.

Si analizamos las diferentes formas de conceptualizar la fragilidad nos encontramos con varias definiciones. Buchner (1992) (10) la define como: *“El estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad”*.

Fried, Tangen y otros (2001) (11) la definen como *“El umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúan en riesgo de perderla”*.

Para Bortz, (2002) (12) *“La fragilidad no es un envejecimiento normal, es envejecimiento patológico con mayor riesgo de pérdida funcional y de dependencia”*.

Brown, (1996) (13) dice que se caracteriza por *“la disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria”*.

Para Brocklehurst (1985) (14), fragilidad sería *““El equilibrio precario” entre el estado de salud y los recursos sanitarios y sociales que se necesiten”*. La ruptura de ese inestable equilibrio podría llevar a una persona a una situación de dependencia, a la institucionalización y en última instancia a la muerte.

Puede observarse que la mayor parte de los autores hacen especial hincapié en los aspectos físicos, en los aspectos relacionados con la salud. Es Brocklehurst quien considera además los aspectos sociales y quien pone de manifiesto la necesaria implicación y consideración de la necesidad de que exista un equilibrio entre los recursos sanitarios y sociales. No obstante, existen una serie de aspectos en los que vienen a coincidir la mayor parte de los autores como son la pérdida de capacidad para mantener la independencia y el riesgo de derivar en una situación de dependencia. En ese sentido se puede concluir que la fragilidad puede considerarse, si no se atiende adecuadamente, como la antesala de la dependencia. De ahí la importancia de la detección, la valoración, la atención y el seguimiento de las personas que se encuentran en situación de fragilidad, pues una adecuada intervención en esta etapa supondrá, sin lugar a duda, una mejora en su situación vital y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos destinados a ello.

2.4. Estado de la cuestión. Demografía.

Uno de los grandes logros de la sociedad actual es el continuo incremento de la esperanza de vida de la población. Euskadi es uno de los países en los que esta esperanza de vida es más elevada, situándose actualmente en 86 años para las mujeres y 79,5 años para los hombres. En 2013, el 20,2% de nuestra población era mayor de 65 años y de ella el 28,6% tenía 80 años o más, de las que el 27,8 vivían solas (EUSTAT, 2014) (15)

Por otra parte, uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta es la evolución de la demografía, ya que al progresivo aumento de la esperanza de vida hay que contraponerle la baja tasa de natalidad lo que está provocando un envejecimiento paulatino de la población que va a suponer un importante cambio en las estructuras sociales y una mayor exigencia económica y social a todos los niveles para dar una adecuada respuesta a las nuevas necesidades que se plantearán como consecuencia de ello, sobre todo, en los sistemas sanitarios y sociales.

Datos demográficos

Si analizamos los datos demográficos de la CAPV (Eustat, 2014) (15) en el momento actual, la situación es la siguiente:

Población de la C.A. de Euskadi, por Territorio Histórico y sexo

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	2.179.815	1.063.575	1.116.240
ARABA	321.254	160.003	161.251
BIZKAIA	1.153.351	557.765	595.586
GIPUZKOA	705.210	345.807	359.403

Fuente: Eustat. Padrón Municipal de habitantes 2013. Elaboración propia.

Personas de 60 años y más

	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	582.882	26,83	253.830	24,00	329.052	29,50
ARABA	80.000	25,00	36.417	22,99	43.583	26,97
BIZKAIA	313.308	27,38	134.222	24,32	179.086	30,23
GIPUZKOA	189.574	26,75	83.191	23,96	106.383	29,43

Fuente: Eustat. Padrón Municipal de habitantes, 2013. Elaboración propia.

Personas de 65 años y más

	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	449.867	20,70	189.521	17,92	206.346	23,34
ARABA	60.898	19,03	27.081	17,10	33.817	20,92
BIZKAIA	242.905	21,23	100.487	18,21	142.418	24,04
GIPUZKOA	146.064	20,61	61.953	17,84	84.111	23,27

Fuente: Eustat . Padrón Municipal de habitantes, 2013. Elaboración propia

Personas de 80 años y más

	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	144.386	6,64	50.299	4,76	94.087	8,44
ARABA	18.506	5,78	6.775	4,28	11.731	7,26
BIZKAIA	80.066	7,00	27.704	5,02	52.362	8,84
GIPUZKOA	45.814	6,47	15.820	4,56	29.994	8,30

Fuente: Eustat. Padrón Municipal de habitantes, 2013. Elaboración propia

Población menor de 18 años

	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	355.532	16,36	182619	17,27	172913	15,50
ARABA	54.300	16,97	27.943	17,64	26.357	16,31
BIZKAIA	178.841	15,63	91.819	16,64	87.022	14,69
GIPUZKOA	122.391	17,27	62.857	18,10	59.534	16,47

Fuente: Eustat. Padrón Municipal de habitantes, 2013. Elaboración propia

De acuerdo con los datos expuestos en las tablas anteriores, se pueden extraer algunas características de la población en la CAPV.

- La población de 60 y más años es de 582.882 y representa más de la cuarta parte del total de la población, situándose concretamente en el 26,83% del total.
- La población mayor de 65 años es de 449.867 personas y representa el 20,70% del total de la población.
- La población que se sitúa por encima de los 80 años es de 144.386 personas y representa más del 6,5%, exactamente el 6,64% del total de la población. Estos datos indican que casi una tercera parte de la población (32,10%) mayor de 65 años ha superado ya la edad de 80 años. Y si se relaciona con la población mayor de 60 años es casi la cuarta parte de la misma, exactamente el 24,77%.
- La población de personas de 18 años o menos es de 355.532 y representa únicamente el 16,36% del total.

Si se observan y analizan estos datos teniendo en cuenta el sexo se aprecia que en el conjunto de la población la proporción de mujeres (51,33%) es mayor que la de los hombres (48,67%). Sin embargo, conviene destacar que esta diferencia no es igual a lo largo de todas las edades, así si

se toman en consideración los datos de población de las personas que cuentan con 18 o menos años la diferencia entre hombres (51,36%) y mujeres (48,64%) es prácticamente inversa a la de la población total, lo que indica que si bien en los primeros años de vida es mayor el porcentaje de hombres a medida que se va incrementando la edad la proporción de mujeres va aumentando hasta el punto de que en las personas mayores de 80 años la proporción de mujeres (65,16%) casi llega a doblar a la de los hombres (34,84%).

De lo expuesto anteriormente se podría llegar a concluir que el mundo de las personas mayores es mayoritariamente femenino.

Por otra parte, puede observarse que la población de 18 o menos años es sensiblemente inferior a la población de más de 60 años con lo que la realidad del progresivo envejecimiento de la población, si se mantienen los actuales parámetros, es evidente.

Para poder apreciar con mayor claridad este creciente envejecimiento de la población se presentan los siguientes datos tomados de la publicación "Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020," (16) en el que se puede observar cómo en los últimos 18 años se ha ido produciendo ese fenómeno demográfico.

PAÍS VASCO. DATOS DE POBLACIÓN DE 1996 Y DE 2013						
EDAD	AÑO 1996		AÑO 2013		INCREMENTO	
	POBLACIÓN TOTAL	% SOBRE POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN TOTAL	% SOBRE POBLACIÓN TOTAL	TOTAL	%
TODAS	2.098.044	100	2.191.682	100	93.638	4,40
65 años o más	321.953	15,3	443.250	20,2	121.297	37,67
80 años o más	69.606	3,3	139.629	6,4	70.023	100,60

Fuente: INE: INBASE: Padrón Municipal de habitantes, 2013.

Puede observarse que si bien el incremento de la población total se puede considerar muy moderado un 4,4%, no ocurre lo mismo con el de la población de personas mayores que ha sido muy importante ya que la población mayor de 80 años se ha incrementado en un 100% y el de las personas mayores de 65 años en un 37,67% pasando a suponer la quinta parte de la población total.

Si se analizan los datos del Territorio Histórico de Gipuzkoa, Territorio en el que HURKOA ejerce su labor, la evolución de los datos de población en los últimos dieciocho años ha sido siguiente:

GIPUZKOA DATOS DE POBLACIÓN DE 1996 Y DE 2014						
EDAD	AÑO 1996		AÑO 2014		INCREMENTO	
	POBLACIÓN TOTAL	% SOBRE POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN TOTAL	% SOBRE POBLACIÓN TOTAL	TOTAL	%
TODAS	675.695	100	717.214	100	41.519	6,1
60 años o más	146.410	21,7	194.344	27,1	47.934	32,7
65 años o más	107.268	15,9	150.627	21,0	43.359	40,4
80 años o más	24.436	3,6	47.951	6,7	23.515	96,2

Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa. Datos del Padrón Municipal. Elaboración propia.

En este caso puede observarse que el incremento de la población total con respecto a la media de la Comunidad Autónoma ha sido ligeramente superior. Así mismo, ha sido superior el incremento de la población de personas con 65 años o más, situándose el mismo en un 40,4%. Sin embargo, en la población correspondiente a personas con 80 años o más el incremento ha sido un poco inferior 96,2% frente a 100,6% en el conjunto de la Comunidad.

Es destacable, en todo caso, comprobar que la población que se sitúa por encima de los 60 años supone más de la cuarta parte del total, un 27,1% en concreto y la que tiene más de 65 años representa en estos momentos más de la quinta parte del total, un 21%.

Los datos de población presentados, así como las previsiones demográficas, apuntan a que el envejecimiento de la población en los próximos años va a seguir aumentando. Las cohortes de edad que contienen mayor número de personas, que en la actualidad se sitúan entre los 30 y los 45 años, van a seguir elevándose en la pirámide poblacional y al mismo tiempo se observa que no crece la proporción de la población existente hasta los 18 años de edad, en el 2014 se mantiene el mismo porcentaje que en el año 1996 (18,2%), mientras que como se ha apuntado anteriormente el porcentaje de personas que superan los 65 años se ha incrementado en un 40,4%, por lo que si no se produce algún cambio en las políticas de natalidad la sociedad avanza hacia una situación en la que el cuidado y el apoyo de las personas mayores se va a convertir en un importante foco de atención.

2.5. Marco Legal

La revisión de la legislación existente relacionada con el presente estudio, permitirá enmarcar las propuestas realizadas en el mismo en un contexto legal que las haga factibles y facilite su impulso y desarrollo.

En los últimos años se ha producido un importante avance legislativo relacionado con los derechos y la atención a las personas en situación de dificultad o de dependencia que se ha concretado en la promulgación de una serie de Leyes y Decretos que recogen los derechos que asisten a cada persona, los principios de actuación, el modelo de atención e intervención... Todo ello ha permitido que se vayan desarrollando una serie de intervenciones y actuaciones encaminadas a dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia.

La Constitución Española de 1978 (a) ya recoge en su artículo 50 que *“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”*.

Posteriormente se han desarrollado diferentes leyes que han regulado los Servicios Sociales. En este sentido destacar, a nivel estatal, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (b), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Así mismo, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre (c), de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,

Por su parte, la Ley 41/2002 (b), regula los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios en materia de autonomía del paciente y de información y documentación. Establece los principios básicos entre los que destacan la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía y a su voluntad así como a la intimidad. También, el derecho a decidir libremente, a negarse al tratamiento o al previo consentimiento.

El objeto de la Ley 39/2006 (c) no es otro que regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia creando para ello un Sistema en el que colaboren todas las Administraciones Públicas. Así mismo, establece los principios, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, la configuración del sistema, las prestaciones y el catálogo de servicios, etc.

A nivel de la Comunidad del País Vasco se pueden destacar como normas más significativas, la Ley 20/1997 (d), de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad; la Ley 7/2002 (e), de 12 de diciembre de las Voluntades Anticipadas, y con posterioridad, la Ley 12/2008 (f), de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y el Decreto 185/2015 (g) de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales,

Resaltar que la Ley 12/2008 (f) tiene como objeto, *“promover y garantizar el derecho a las prestaciones y servicios mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal”*.

En su artículo 5, establece que *“el Sistema Vasco de Servicios Sociales constituye unan red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional”*

Que en su artículo 6 fija la finalidad del Sistema, que no es otra que promover el bienestar social del conjunto de la población, siendo sus objetivos principales: *Promover la autonomía personal y prevenir y atender las necesidades personales y familiares* derivadas de la dependencia, prevenir y atender las situaciones originadas por las situaciones de desprotección, de exclusión, originadas por situaciones de emergencia y promover la integración social de las personas, las familias y los grupos.

Que en el artículo 7 dispone como principios que han de regir el Sistema, los siguientes: el de responsabilidad pública, universalidad, igualdad y equidad, proximidad, prevención, integración y normalización, atención personalizada e integral así como continuidad de la atención, carácter interdisciplinar de las intervenciones, coordinación y cooperación, participación ciudadana, promoción de la iniciativa social y calidad. Destacar que el principio de prevención, integración y normalización, dispone en concreto que *“los Servicios Sociales se aplicará al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma. Asimismo, se orientarán a la integración de la ciudadanía en su entorno personal familiar y social y promoverán la normalización facilitando el acceso a otros sistemas y políticas públicas de atención”*.

Que en su artículo 8 establece el modelo de atención y de intervención que se tendrá como referencia y que se resume en los siguientes aspectos: adaptar los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local, posibilitar la atención en su entorno habitual, diseñar planes de intervención sobre la base de una evaluación de necesidades y en el marco de un plan de atención personalizado, asignar a cada persona un profesional de referencia, garantizar el carácter interdisciplinar de la intervención, incorporar en todas las intervenciones el carácter preventivo.

Este desarrollo legislativo ha venido a regular, a ordenar, a promover y a garantizar el derecho que toda persona tiene a disponer de una serie de prestaciones y servicios sociales que promuevan su autonomía, prevengan situaciones de necesidad y atiendan sus necesidades personales.

2.6. Recursos actuales

Las necesidades de las personas en situación de fragilidad se han ido haciendo patentes en la medida en que la economía, las estructuras familiares y las condiciones de vida así como la longevidad, han puesto de manifiesto nuevas necesidades de apoyo y atención. Este nuevo escenario representa un importante e ineludible reto social.

Ello no quiere decir que a lo largo de la historia no se hayan desarrollado iniciativas, servicios y programas que dieran respuesta a dichas necesidades. Se puede indicar que desde los servicios sociales de base se viene realizando una gran labor atendiendo situaciones de emergencia social, proporcionando ayudas económicas, asesorando a nivel jurídico y fiscal, apoyando a personas para favorecer su inserción, buscando alternativas de alojamiento, etc. Así mismo, cabe destacar el trabajo que desarrollan diferentes entidades sociales como Cáritas, Cruz Roja, Asociaciones de Voluntariado, Nagusilan, Gizalde, etc. Destacar el desarrollo, en las últimas décadas, de las Residencias para personas mayores y los Centros de Día. El servicio de tele-alarma,...

Además, en los últimos años, desde la promulgación de las leyes de Servicios Sociales y la de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, se vienen adoptando medidas que favorecen y facilitan la adecuada atención y respuesta a las personas en situación de mayor necesidad. La reciente publicación del Decreto 185/2015, de 6 de octubre (g), de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales se convierte en un instrumento esencial para garantizar el ejercicio efectivo del derecho subjetivo que todas las personas tienen para acceder y beneficiarse de los servicios y prestaciones que le correspondan.

Del mismo modo, hacer alusión a los estudios y planes sobre envejecimiento activo, como posibilidad para retrasar y abordar la fragilidad desde su comienzo. La edad de comienzo de estos planes es la de 55 años, en la que el grueso de la población de esa edad está en activo, pero si asumimos que la fragilidad y la dependencia están ligadas a la edad, este tipo de planteamientos tienen una importancia capital en el contexto de las políticas socio-asistenciales del último ciclo vital.

Los recursos sociales actualmente existentes pueden resumirse en el siguiente cuadro:

SERVICIOS
1. SERVICIOS Y PRESTACIONES, O AYUDAS ECONÓMICAS DE COMPETENCIA DEL GOBIERNO VASCO:
Servicio de teleasistencia.
2. SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (Municipales)
Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación
Servicio de ayuda a domicilio
Servicio de apoyo a personas cuidadoras
Servicios de atención diurna: mayores
Servicios de alojamiento: mayores
3. SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN SECUNDARIA (Forales)
Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía: mayores y dependencia
Centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía
Centros residenciales para personas mayores
Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP).
Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales (PECEF).
Prestaciones individuales para la adquisición de prestaciones tecnológicas para facilitar el acceso a ayudas técnicas no recuperables o la realización de adaptaciones en el medio habitual de convivencia.
Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables.
Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares.

Además de lo referente a los Servicios Sociales, hay que señalar los Programas de atención sanitaria con los que actualmente cuenta Osakidetza o están en vías de implantación como los de Hospitalización domiciliaria, Cuidados Paliativos, de Atención a pacientes frágiles y pluripatológicos, etc.

Así mismo, y desde el comienzo de su andadura, HURKOA ha recibido de forma gradual pero constante la demanda de atención de personas mayores en situación de "fragilidad". Estas personas tienen necesidades diversas que no encuentran cobertura desde los Servicios Sociales públi-

cos ni desde otro tipo de entidades, como son, el acompañamiento a consultas médicas, la realización de algunas gestiones burocráticas y trámites personales, el asesoramiento en temas varios o incluso la realización en su nombre de gestiones económico-administrativas. La ayuda para la resolución de trámites legales, la búsqueda y contratación de empleados de hogar y/o asistentes personales y el seguimiento del trabajo realizado por éstos, son acciones que no precisan exclusivamente de un profesional que resuelva su problema sino de alguien en quien confiar, que les oriente en sus dudas y dificultades y que les acompañe en los procesos que puedan tener que llevar a cabo. En definitiva, necesitan la confianza de no sentirse solas ante los problemas y la seguridad de tener “alguien con quien contar”. Muchas veces esto es suficiente para que la persona pueda seguir con su vida con total autonomía y normalidad.

HURKOA está realizando ya una serie de acciones para atender a estas personas en situación de fragilidad, como son:

- La orientación y el asesoramiento sobre la preparación del futuro para lo que, mediante una primera entrevista, se ofrece un asesoramiento jurídico-social, orientándoles hacia la mejor opción para ellas, según sus circunstancias personales.
- El seguimiento de la situación de aquellas personas que depositan su confianza en HURKOA para su atención futura, así como la prestación de atención en situaciones puntuales.
- La atención integral de HURKOA a través de sus áreas social, económica y jurídica a aquellas personas que así lo demanden.
- La realización de acciones de formación, sensibilización y divulgación a la sociedad de los instrumentos para preparar el futuro.

Y por supuesto y no por ello menos importante, citar el Programa sobre Envejecimiento Activo del Gobierno Vasco (16).

Qué duda cabe que el trabajo desarrollado hasta el momento, tanto desde las Instituciones como desde la iniciativa privada, han ido perfilando una red asistencial que, como se ha mencionado, permite atender los casos urgentes.

2.7. Necesidades

La preocupación por las condiciones de vida y las necesidades de las personas mayores en situación de soledad y/o desamparo, ha estado presente en HURKOA desde su fundación. Por su mayor vulnerabilidad,

este colectivo tiene un mayor riesgo frente a posibles situaciones de abuso y/o de maltrato; la preocupación por la fragilidad surge del trabajo de prevención del maltrato de las personas mayores; situaciones de maltrato relacionadas con la soledad, la dificultad para gestionar su vida y su economía y con la precariedad económica.

La necesidad de abordar este tema es mayor al constatar el aumento progresivo de personas mayores y muy mayores viviendo solas o en compañía de otras de su misma edad y/o con escasa o ninguna red social. Personas muy mayores que llegaban a situaciones de deterioro y/o de terminalidad sin haber tenido la oportunidad de poder planificar su vida conforme a sus deseos y valores y se planteaba la necesidad de acompañar a esas personas – en una situación previa- en la planificación de la última etapa de su vida según su criterio. Se trataba de personas que, sin tener necesidad de llegar a una incapacidad legal, necesitaban de un asesoramiento y acompañamiento para planificar y de alguna manera reorganizar su vida en función de sus condiciones actuales, para lo que debían tomar decisiones más o menos importantes para las que ese asesoramiento y acompañamiento resultaba fundamental. Dependiendo de la situación de la persona atendida y de sus necesidades o recursos, la asistencia era puntual o continuada. Por estos motivos, HURKOA ya la incluyó en su Plan Estratégico de 2011/2014 y de ahí el planteamiento de este estudio prospectivo.

Uno de los colectivos de más riesgo lo constituyen las personas mayores y muy mayores, con necesidades socio-asistenciales y que no demandan, que desconocen los recursos a que pueden tener acceso, o consideran que no son para ellas o que simplemente desconfían y/o no saben a quién dirigirse, es decir, carecen de una interlocución válida que les ofrezca un acompañamiento que palié su soledad, un apoyo en la gestión de sus necesidades y un asesoramiento en la toma de decisiones. La no demanda las convierte en “socialmente invisibles” lo que aumenta el riesgo de que sufran accidentes y de que su dignidad se vea lesionada. Como ya se ha citado, en 2013 el 20,2% de la población de la Comunidad Autónoma de Euskadi era mayor de 65 años, de la que el 28,6% tenía 80 años o más y de la cual, el 27,8% vivía sola (15). Ésta es una realidad que no se puede eludir.

En este mismo sentido, se constataba la necesidad de realizar un seguimiento continuo en una cadencia conforme a la situación y necesidades de cada persona y un acompañamiento orientado a paliar la soledad, evaluar las necesidades y planificar las intervenciones necesarias, realizando una evaluación continua para así aumentar su efectividad. En la actualidad estas intervenciones son parciales y en ocasiones dependen de diferentes instituciones, por lo que están parceladas.

Este proyecto se enmarca en uno de los objetivos de HURKOA como es: *“el estudio y profundización en nuevos retos para la adecuada respuesta a las*

necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, fragilidad y desprotección” y entronca con el primer objetivo específico de este proyecto, orientado a: “delimitar el concepto de persona socialmente frágil, su perfil y necesidades”

En una reflexión previa, se consideraba que si bien no es posible eliminar el deterioro asociado al envejecimiento si es posible incidir en los factores que son modificables y que pueden hacer más fácil y satisfactoria la vida de las personas mayores, como son, el contexto socio-asistencial y las políticas económicas, sanitarias y de intervención social que permitan mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de fragilidad.

Señalar que el motor de este proyecto ha sido la preocupación por las personas mayores y muy mayores que viven solas, las personas que no demandan, las “socialmente invisibles” y que por diferentes motivos viven en situaciones de precariedad, para conocer su situación y necesidades, a fin de realizar propuestas de intervención que se pudiera materializar en un Plan Piloto.

3. EL ESTUDIO. Trabajo prospectivo

El estudio se ha orientado a realizar una aproximación a las necesidades, dificultades y carencias de las personas en situación de fragilidad.

Tras intentar definir el término “fragilidad” en el contexto de este trabajo, una primera parte del mismo se ha centrado en recoger la perspectiva de personas y/o colectivos, que por estar en contacto directo con la fragilidad, la conocen y saben de ella. Por este motivo, se ha preguntado a quienes conocen el tema, bien por propia experiencia, bien porque desde una u otra faceta de su vida profesional tienen relación con personas en situación de fragilidad. Se ha recogido también, la opinión de personas mayores con esta condición, así como la de diferentes profesionales que desarrollan su labor en algunas de las parcelas en las que la fragilidad se hace manifiesta. Por ello, se ha contactado con personas de los ámbitos asociativo, socio-asistencial, jurídico y financiero, que conocen de forma directa la problemática asociada con la fragilidad, considerando que son interlocutores válidos para poder proporcionar una visión de conjunto de situaciones y problemáticas, que cuando se ven de forma parcelada, dificultan su abordaje y la planificación de actuaciones que faciliten su paliación.

3.1. Objetivos

EL Objetivo general de este estudio es “contribuir a la definición de un Plan Integral de Atención a la Fragilidad” que defina claramente unos objetivos y pautas de intervención, analice los recursos existentes en la CAPV, facilite el acceso a los mismos y los coordine, para hacerlos más efectivos. Así mismo, contempla sensibilizar a las distintas instituciones implicadas y a la sociedad en general.

En el marco de este objetivo general se encuadran los siguientes objetivos específicos:

- Delimitar el concepto de persona socialmente frágil, su perfil y sus necesidades.
- Realizar un análisis de la legislación vigente remarcando los aspectos legislados y no desarrollados.
- Especificar los recursos existentes en nuestro entorno y la forma de acceso a los mismos a fin de proponer canales de información y coordinación de los mismos.

El fin último de este trabajo prospectivo es realizar un diagnóstico de la situación que por un lado, permita la visibilización y la puesta en evidencia de las parcelas que en este marco carecen de respuesta y por otro, poder materializar el objetivo general, diseñar un Programa de atención integral y personalizada a desplegar por el Área de Atención a la Fragilidad de HURKOA –de forma piloto– de modo que, tras su evaluación, pueda servir de modelo para su implementación en otras áreas de la CAPV.

3.2. El Proyecto.

El trabajo se ha orientado a realizar una aproximación a la situación, las necesidades, dificultades y carencias de las personas que se encuentran en situación de fragilidad. Se trata de personas mayores que sin necesitar una incapacitación, precisan de orientación, asesoramiento y acompañamiento en la gestión del día a día y en la planificación de la última etapa de su vida conforme a su criterio, deseos y valores.

El ámbito de exploración ha sido el territorio de Gipuzkoa, en especial Donostia³. Se ha utilizado metodología cualitativa (grupos focales); esta metodología permite recoger la perspectiva de los actores sociales implicados y previamente señalados⁴.

Se han realizado 5 Grupos Focales; los grupos han contado con entre 5 y 8 participantes. Se ha trabajado con un guión de entrevistas semi-estructurado y las sesiones han sido grabadas previo acuerdo de las personas participantes; posteriormente se ha realizado un análisis del discurso. La

³ Esta elección ha venido condicionada por la capacidad del equipo que ha llevado a cabo el proyecto y porque el ámbito de actuación de HURKOA es Gipuzkoa. No obstante, el conocimiento de la situación, en los Territorios Históricos de Araba y Bizkaia ha permeado este trabajo.

⁴ La metodología cualitativa no permite la generalización de la cuantitativa pero en cambio, permite una aproximación más rica en matices a la realidad social del objeto de estudio.

duración media de las sesiones ha sido de 2 horas. Éstas se realizaron entre el 9 de marzo y el 8 de junio de 2015.

Los Grupos Focales (G.F.) han estado compuestos por personas que viven la fragilidad como experiencia propia y por quienes por experiencia profesional la conocen.

Mediante esta metodología se ha querido realizar una aproximación a esta realidad social y ofrecer una visión de conjunto que facilite la materialización de propuestas orientadas a realizar la planificación de un abordaje basado en nuestra realidad social.



La perspectiva sobre la fragilidad de cada uno de estos colectivos es conocida en el interior de los mismos; el trabajo ha consistido en ponerla de manifiesto, contrastarla, completarla e intentar articular lo propuesto respecto de las experiencias y perspectivas de cada una de las áreas exploradas.

3.3. Los resultados

La población diana de este estudio es la de las personas de 65 años y más. No obstante, cuando al preguntar en los diferentes G.F. por qué entienden por “fragilidad” el abanico se amplía y se citan otros colectivos en riesgo y otras personas en situaciones especiales, como las personas con déficit cognitivo, las personas socialmente excluidas y marginadas, las mujeres con problemas económicos, con poca red social y con criaturas a su cargo, las criaturas con progenitores negligentes, los jóvenes procedentes de familias desestructuradas, las personas emigrantes, etc. Pero el colectivo que reiteradamente se cita en todos ellos es el de las personas con enfermedades mentales, tanto las jóvenes como las mayores de 65 años. Aunque exceda a la capacidad de respuesta por parte de HURKOA y al objetivo de este estudio, se considera necesario remarcarlo y plantearlo como otro de los déficits actuales de nuestro sistema socio-asistencial.

3.3.1. Abordando la fragilidad

A continuación se presenta el análisis del material obtenido en los Grupos Focales (en adelante G^oF), con los que se trabajó sobre distintas parcelas concernientes a la fragilidad como concepto y a los diferentes ámbitos en las que se manifiesta, así como en sus repercusiones. Nuestro objetivo era realizar una aproximación al contexto para obtener una visión de conjunto que nos ayudara a realizar un abordaje de la fragilidad basado en nuestra realidad sociocultural, asistencial y de necesidades. Los G^o F. se constituyeron en forma de grupos de trabajo con un guión semi-estructurado, organizado en torno a siete grandes bloques y sus derivaciones. En primer lugar se abordó el concepto, con el fin de poner sobre la mesa los elementos que a priori, se consideraban fundamentales para una definición del concepto de fragilidad. En segundo, nos referimos a las situaciones preocupantes que, a priori, es necesario prever para aminorar los riesgos; a ello nos referimos cuando hablamos de “las alarmas”. En tercer lugar, exploramos las diferencias de género. En cuarto lugar tratamos de identificar a las personas e instituciones que se considera deben estar implicadas en la atención a la fragilidad. En quinto lugar se abordó el tema del conocimiento que se tiene sobre los recursos actualmente existentes para la atención a la fragilidad. Finalmente, en sexto y séptimo lugar respectivamente, las lagunas existentes en la actualidad respecto de la asistencia y las situaciones más preocupantes de las personas en

situación de fragilidad que requieren de atención y no cuentan con la adecuada respuesta.

Como se ha mencionado con anterioridad, se realizaron 5 G°F. que se configuraron de la siguiente manera: personas procedentes de Asociaciones de Voluntariado y ONG's que de uno u otro modo atienden a personas en situación de fragilidad (G1), personas mayores en situación de fragilidad (G2), profesionales del área jurídica y de la banca (gestores personales) (G3), profesionales de Hurkoa (G4) y el último, compuesto por profesionales de las áreas social y sanitaria (G5). Los G° F. Se desarrollaron entre marzo y junio de 2015. Previo consentimiento de las personas participantes, las sesiones fueron grabadas y el material recogido en los grupos se transcribió de forma literal. Tras su análisis y codificación ha sido utilizado, junto con los abordajes teórico, demográfico y de servicios, en la elaboración del Plan de Atención objeto de este estudio. A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos⁵.

3.3.1.1. Aproximación al concepto de fragilidad

La primera cuestión planteada en los G°F fue la relativa a qué se entendía por FRAGILIDAD. Nuestro interés era doble, por una parte recoger la perspectiva de quienes la conocen de primera mano y por otra, recuperar elementos que nos guiaran en la búsqueda de una definición y delimitación del concepto desde una perspectiva más teórica. Cuando en los diferentes G°F se ha preguntado qué se entendía por fragilidad, las personas participantes en los diferentes grupos no se han referido en exclusiva al colectivo de las personas mayores sino que han ampliado el abanico de los casos de personas que pueden estar en situación de fragilidad; si bien la edad es un condicionante importante relacionado con la fragilidad, se considera que ésta es una condición que permea todas las edades de la vida y que no puede limitarse en exclusiva al colectivo de las personas mayores. *“Fragilidades hay muchas, ¿no? (...) Fragilidades mentales, psíquicas, físicas. En la sociedad actual se pueden describir bastantes: soledad, des-*

⁵ A fin de preservar el anonimato de las personas que participaron en los G°F., sus testimonios han sido codificados y cuando se citan literalmente únicamente aparece la acotación: G1 corresponde al grupo realizado en primer lugar (asociaciones de voluntariado), G2 al grupo de personas en situación de fragilidad, el G3 a profesionales del ámbito jurídico y de la banca, G4 a profesionales de Hurkoa y G5 a profesionales de los ámbitos social y sanitario. A modo de ejemplo, decir que un testimonio acotado como (G1te-17), corresponde a lo manifestado por una persona del Grupo 1, de una de las asociaciones de voluntariado (en este caso del Teléfono de la Esperanza), cuyo testimonio se encuentra en la página diecisiete de la transcripción literal de la reunión.

amparo" (G1n1-2). No obstante la edad es un condicionante importante ya que lo aumenta exponencialmente.

Nos hablan pues de la edad y también de la soledad, de una soledad que pesa, que avergüenza, que cuesta expresar y compartir, cuyas causas pueden ser variadas pero su efecto siempre es negativo: *"Una persona en situación de soledad entra en situaciones de crisis, de ansiedad, depresiones"* (G3c-5). Esta es una cuestión sobre la que, dada su importancia, volveremos. También la relacionan con la necesidad, la precariedad y el desamparo. *"Es una persona que tiene limitaciones para enfrentarse a algunas gestiones del día a día pero que no está para ser incapacitada; tiene ciertas limitaciones para hacer frente al día a día (...) puede necesitar el apoyo de alguien que le pueda asesorar"* (G4-a3). Y es precisamente aquí donde se manifiesta una problemática importante asociada con las situaciones de fragilidad, la ausencia de personas de su entorno en las que poder confiar y con quienes compartir las dificultades, los problemas, las preocupaciones y las dudas que la vida plantea para asesorarles y acompañarles en la toma de decisiones. Así, ante una situación de necesidad, la persona frágil carece de interlocutores de su confianza que le ayuden a hacer frente y a resolver de forma satisfactoria la situación que le provoca fragilidad, lo cual a su vez, la aumenta. *"La inseguridad de verse en un entorno sin apoyos"* (G4s-3). También se refieren a personas de cierta edad que se van quedando sin un entorno social que con anterioridad les apoyaba, bien por ausencia o bien por pérdida progresiva de efectividad ya que no se puede olvidar que la edad es un condicionante que afecta tanto a la persona como a su red social y ésta también envejece. Como consecuencia, una persona puede comenzar a mostrar signos de fragilidad de forma muy lenta pero progresiva a la vez que los apoyos con los que con anterioridad contaba o bien desaparecen o van perdiendo efectividad. Estas situaciones son las que más cuesta ver y detectar.

La falta de una interlocución válida y efectiva paraliza, crea desconfianza y limita más la capacidad de resolución de estas personas, por eso nos dicen que: *"Esa fragilidad nos ha costado (ver) más"* (G1n1-3). En demasiadas ocasiones, son personas que no demandan, que no llegan a los Servicios Sociales de base o a las Asociaciones que les pueden apoyar y ayudar en la resolución de aquello que en un momento determinado les preocupa. Son individuos que necesitan más apoyos de los habituales. Se trata de personas a las que, cuando se les ofrece ayuda y asesoramiento, se evidencia que son autónomas, que son interlocutoras activas y que saben lo que quieren hacer, aunque: *"a veces necesitan un apoyo, una orientación, sentirse un poco arropadas en el camino que quieren hacer"* (G4s-4). Esa necesidad de apoyo y/o ayuda puede ser puntual o permanente.

No obstante, cuando se refieren a la fragilidad hablan de personas de un perfil variado que trasciende al de las personas de edad avanzada como es el caso de quienes tienen problemas cognitivos, de salud men-

tal, de consumo de sustancias, ... También nos hablan de las personas socialmente excluidas y marginadas, personas sin red social y/o familiar de apoyo, personas que por sus condiciones y particularidades, no han trabajado, o no lo han podido hacer de una forma normalizada y que no son capaces de garantizar sus necesidades básicas, como por ejemplo: ***“personas mayores de 60 años que tienen factores de exclusión”*** (G5TsA-4). La problemática particular de las personas con problemas de salud mental y/o exclusión social es un tema recurrente y preocupante y que ha sido puesto sobre la mesa en todos los G°F. con independencia de la composición de los mismos, motivo por el cual, se ha considerado, merece un capítulo aparte.

Desde el ámbito jurídico, contraponen fragilidad con capacidad al mismo tiempo que insisten en que debe ser diferenciada de la incapacidad, planteando así que se trata de un estadio intermedio entre la autonomía personal y la dependencia. Una situación no exenta de riesgo, ya que favorece el hecho de que estas personas sean más fácilmente manipuladas. Desde el ámbito socio-sanitario se refuerza esta misma idea asociada al riesgo, al relacionarla con: ***“Personas que tienen dificultades para manejarse por sí solas y que están de alguna manera secuestradas emocionalmente, económicamente o vinculadas a un cuidador único que está ejerciendo (un poder sobre ellas), un cuidado que no es deseable”*** (G5TsA-4).

Se considera que la fragilidad está muy relacionada con la persona y con su historia vital y su entorno, así como con sus condiciones actuales de vida, tanto las materiales como las socio-afectivas. También apuntan a que es subjetiva, ya que: ***“Dos personas que están en las mismas condiciones, en una puede manifestarse (la fragilidad) y en la otra no, porque está muy asociada al entorno, al apoyo, a la experiencia vital que haya tenido previa a ese estadio”*** (G4j-4). Sugieren así mismo, que está en estrecha relación con el propio auto-concepto de salud y bienestar; se trata de un periodo vital que con cierto soporte, ***“es una situación, un estadio que puede ser reversible”*** (G4j-4).

En las situaciones de fragilidad un agravante es el relativo a la accesibilidad de la vivienda y a la adecuación de la misma, así como la accesibilidad del espacio urbano en el que se sitúa el domicilio habitual. La red social informal, el vecindario, los comercios del barrio, la parroquia, etc., constituyen una parte importante de esa red informal que debe facilitar y mayoritariamente así lo hacen de forma espontánea, la interlocución y la vida de las personas en esta situación. La mala accesibilidad del espacio urbano donde se localiza la vivienda dificulta el mantenimiento de esta red informal. Y por supuesto, la precariedad de la vivienda, unida o no a una escasez de medios económicos, dificulta el mantenimiento de la autonomía personal, que a fin de cuentas es lo que se pretende preservar.

La fragilidad sólo se ve desde la cercanía, en esta afirmación son rotundos y unánimes, tanto los profesionales como el personal de las asociaciones. Es necesario conocer a la persona, su entorno, su domicilio,..... para percibir sus carencias y sus necesidades. Esto es algo que se debe hacer de forma respetuosa, con tranquilidad y dándole el tiempo necesario: *“Cinco minutos con una persona puede que no te lleve a descubrir que está en situación de fragilidad, a lo mejor necesitas cinco minutos en veinticinco entrevistas a lo largo de X meses”* (G4j-5).

El G°F. de las personas en situación de fragilidad estaba compuesto por dos colectivos bien diferenciados, quienes habían previsto su presente y planificado su futuro y quienes aun teniendo conciencia de su situación actual y considerando necesario mejorarla y realizar previsiones a futuro, habían sido incapaces de llevarlas a término. Los del primer colectivo, conocían los recursos –privados y públicos- que podían utilizar y estaban utilizando aquellos que consideraban más convenientes y oportunos conforme a su estado, su criterio y sus necesidades y valores. Así mismo, tenían resueltos los temas jurídicos relativos a las testamentarías, las voluntades anticipadas, el testamento vital, los poderes preventivos, etc.... En cambio, quienes no habían dado ese paso, manifestaban una sensación de tristeza y de soledad y anhelaban una interlocución que les permitiera ser más resolutivos, pero no sabían cómo hacerlo. Expresaban un gran temor a confundirse y una gran ambivalencia en la búsqueda de una interlocución que les proporcionara la información y/o el apoyo necesarios para mejorar su situación. Se encontraban en una situación de bloqueo que imposibilitaba la planificación y la acción. Su premisa es “no molestar” y manifestaban sorpresa al ver que otras personas de su misma edad y en situaciones similares o peores que la suya –con quienes compartieron G.F.- habían sido capaces de analizar, de buscar información y de tomar las decisiones oportunas para mejorar sus condiciones de vida actuales y planificar su futuro. *“El problema es que estamos solas en casa y somos muy mayores”* (G2V-2). Y efectivamente, el problema es que estas personas se quedan en sus domicilios, “sin molestar” sin saber a dónde acudir y viviendo en una situación de precariedad que cada día puede verse agravada por diferentes motivos, como en el caso de enfermedad, aunque ésta sea leve⁶.

En resumen, las personas participantes en los G°F., cuando se refieren a la fragilidad lo hacen pensando en cualquier situación en la que existe un riesgo para la persona. De una manera más general, también lo asocian

⁶ Si a estas características asociamos la circunstancia de que se trataba de personas que por diferentes circunstancias ya habían contactado con Hurkoa, el panorama de los “socialmente invisibles” resulta muy preocupante.

con cualquier situación que conlleve soledad y desamparo. *“La fragilidad no entiende de edad ni de condicionantes de género”* (G1nI-17).

Aunque exceda la capacidad de este estudio no se debe olvidar a las personas mayores del medio rural ya que por sus características específicas y por la diseminación que caracteriza al medio, tienen, a priori, una mayor dificultad para el conocimiento y para el acceso a los recursos socio-sanitarios.

Finalizando, podemos decir que el perfil de las personas en situación de fragilidad, demografía obliga, es el de una mujer, viviendo sola y con poca red social.

3.3.1.2. Otros colectivos en fragilidad.

Además de los colectivos ya apuntados en el apartado anterior, en todos los G°F. se hace referencia al de las personas con enfermedades mentales, en referencia tanto a las personas jóvenes como a las mayores. Si bien las personas con enfermedades mentales constituyen uno de los grupos “olvidados” por el Sistema, las personas mayores con enfermedades mentales, si cabe, lo son más, ya que a su fragilidad estructural se asocia la del envejecimiento, puesto que, a partir de los 65 años tienen que abandonar los hospitales psiquiátricos: *“Ahora ya has dejado de ser enfermo mental”* (G5TsR-29). A lo que otra persona del mismo G°F. apostilla: *“Ahora pasas a ser jubilada. Otra etiqueta”* (G5FG-28). Reclaman el desarrollo urgente de un modelo socio-asistencial para este colectivo a la vez que reconocen el esfuerzo y la buena voluntad del personal de las Residencias de la Tercera Edad que actualmente les acogen. En todos y cada uno de los G°F. realizados se ha manifestado una honda preocupación por la situación de las personas con enfermedades mentales y consideran necesario implementar los recursos socio-sanitarios actuales y potenciar un desarrollo orientado a la mejora de las condiciones de vida y de salud de este colectivo.

Es difícil ver la fragilidad de las personas con enfermedades mentales y mucho más entenderla; si bien la patología es evidente en las personas con síndrome de Down o con déficit cognitivo diagnosticado, lo es menos respecto de las personas con enfermedades mentales. Es difícil entender e interpretar algunos comportamientos como síntomas, como es el caso de los síntomas negativos característicos de enfermedad mental: *“Hay mucho residual que presenta muchos síntomas negativos como la apatía y hay que motivarles”* (G5Fg-25). Esta misma persona, para ejemplificar la dificultad existente, relata la siguiente anécdota sucedida en una charla dirigida a familiares de personas con enfermedades mentales en un intento de explicar el peso de los síntomas negativos: *“Después de una charla sobre el tema, con todo mi “power point”, mis explicaciones vino una mujer y me dijo. Mi cuñada es igual, es vaga! Y me quedé..... ”* (G5Fg-25). Y es que,

efectivamente, la apatía como síntoma no es fácil de entender y menos de manejar. La convivencia y la relación con estas personas es muy difícil: *“Las redes sociales se queman porque se cansan, porque (son personas que) molestan”* (G5Fg-31)

Es un colectivo que por sus características, no se puede organizar, no son reivindicativos porque no pueden serlo y en este sentido, no son demandantes socialmente. El colectivo de personas con enfermedades mentales no está visibilizado y además, desde la Administración tampoco lo ponen fácil: *“Socialmente, institucionalmente, hay un trato diferencial desde el momento en que estamos diciendo que la herramienta que da acceso al sistema no está considerando indicadores que detecten la enfermedad mental ...”* (G5TsA-25). Los criterios utilizados en el nuevo baremo de la dependencia,⁷ una vez más, no han tenido en cuenta las características, particularidades y limitaciones que provocan las enfermedades mentales. Y es que *“La salud mental, sin reconocimiento de dependencia, se ha quedado fuera”* (G5TsA-30).

Un grupo muy especial con una problemática particular es el constituido por las personas con enfermedades mentales no diagnosticadas.

Desde lo sanitario se abunda en la dificultad de trabajar con estas personas, porque son incómodas: *“Creo que hay un trato diferencial porque son muy incómodos. Es que no hay nada más difícil que trabajar con estas personas, porque normalmente no quieren ir al médico, no quieren medicarse, es que quiere seguir bebiendo y demás no toma la medicación”* (G5TsA-26). Aquí se apunta otra dificultad relacionada con la patología dual. Debido a sus características, sugieren que los servicios socio-sanitarios deberían ser más flexibles con ellas y se debería hacer un seguimiento:

“Un esquizofrénico puede estar ó meses en el sistema y de repente en 2 años no viene y nadie le va a llamar ni le va a hacer un seguimiento ¿Por qué no se plantea un seguimiento al que no va? (...) A la larga, me parece que es socialmente poco eficiente, porque terminan descompensándose y el día que se descompensan el desgaste de servicios y de energía que se produce y el deterioro de esa persona va en aumento. (...) Me parece que no estamos siendo socialmente inteligentes en el sentido de no hacer un seguimiento o un acompañamiento mayor a estas personas que son enfermas crónicas, con un diagnóstico claro y que no están acudiendo a consulta o a los sitios donde mejoran” (G5TsA-26).

⁷ En referencia al actual Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) que al utilizar criterios mayoritariamente relacionados con la dependencia física no contempla las propias a las enfermedades mentales. Ejemplificando, una persona con una enfermedad mental grave no tiene limitadas sus capacidades físicas para el manejo de la vida cotidiana; la enfermedad le limita en su capacidad para poder planificarlas y llevarlas a cabo de forma autónoma.

Respecto de este colectivo se señala la necesidad de mejorar en cantidad y calidad su atención. Los recursos actuales están mayoritariamente dirigidos a “los motivados” y si es obvio que la apatía es un síntoma negativo de la enfermedad, ¿dónde queda el resto? Se debe pues mejorar la atención tanto desde los Centros de Salud Mental como desde las Instituciones Intermedias, capítulo éste con grandes carencias en su desarrollo. Ello influiría en la desaparición del “voluntariado recetado”⁸. Las personas con enfermedades mentales constituyen un colectivo muy particular; en su mayoría se trata de personas que no pueden o no han podido desarrollar una vida laboral normalizada y que requieren, de por vida, como en el caso de cualquier otra enfermedad crónica, una atención especializada y un acompañamiento. En definitiva, son personas con un “difícil encaje” tanto en el sistema social en su conjunto como en el Sistema Socio-Asistencial actual. Su nivel de soledad es brutal: *“Hay gente de la que sólo nos enteramos los Servicios Sociales de que han muerto”* (G5TsA-27).

La enfermedad mental tiene un estigma a nivel social, en ocasiones por miedo y en otras por desconocimiento. Desatan muchas alarmas en temas económicos y legales. En estos espacios, son un colectivo que tiene un gran riesgo de que se abuse de ellos. Despiertan sentimientos encontrados de protección y de recelo ya que se carece del conocimiento y de las herramientas necesarias para tratar a esas personas, por lo que, desde lo profesional, se derivan antes. Desde el sector legal dicen que si bien, la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que hay que notificar a la fiscalía los casos en los que se aprecia deterioro cognitivo en una persona, en la práctica esto no se hace, lo que les fragiliza más y aumenta el riesgo de que sufran abuso.

La atención en Salud Mental entró hace relativamente poco tiempo en el sistema asistencial. La Reforma en Salud Mental y la desinstitucionalización de las personas con enfermedades mentales tuvo sus bondades y también sus paradojas:

“Antes vivían institucionalizados y por favorecer la autonomía, no digo que se les ha dejado absolutamente desamparados, pero no estamos creando la red suficiente para acogerles. Y es terrible ver a enfermos muy severos y crónicos abandonados en la calle.”

⁸ En varios de los G^oF. se ha hecho alusión al mismo, en referencia a “la receta” realizada por profesionales de la psiquiatría y la psicología respecto de sus pacientes, a los que, para paliar/mejorar su socialización, “aconsejan” participar en actividades de interés social como las realizadas por las ONG’s. Si se tiene en cuenta que uno de los síntomas frecuentemente presente en muchas de las enfermedades mentales se manifiesta en la dificultad para mantener en el tiempo una socialización satisfactoria, se debe entender que esta práctica intenta paliar el déficit actual de atención a las personas con efectividad enfermedades mentales. Entendemos que la mejora en la atención de estas personas y el desarrollo de las Instituciones Intermedias harán inútil esta práctica, hoy habitual pero que dificulta la del trabajo de las ONG’s, haciéndoles además responsables de una tarea para la que no están preparadas.

Eso es lo que está pasando en salud mental desde hace muchos años” (G5TsA-40).

Desde lo socio-sanitario ponen sobre la mesa el problema de la marginación de las personas con enfermedades mentales: *“¿Por qué la mayoría de las personas sin techo son enfermos mentales? Son los más frágiles, los hemos dejado fuera de todo, de toda protección”* G5TsA-39).

En situación similar se encuentran las personas con déficits cognitivos, leves y graves. Las primeras, por sus características y al igual que las personas con enfermedades mentales, tienen dificultades para su integración social y laboral. Estas personas representan un gran problema y una carga añadida para sus progenitores, conscientes de la indefensión de sus descendientes: *“La preocupación de los padres es muy grande: ¿el día que falte, cómo quedará mi hijo?”* (G2M-13). Más adelante nos referiremos a ellos, son lo que desde el G° 4, han sido denominados como “tutores en fragilidad”.

Otro colectivo al que se refieren, es el de las personas que han desarrollado conductas de adicción y que relacionan con problemas sociales y de salud mental, en referencia a quienes tienen una patología dual. Para estas personas, el consumo de sustancias representa “una salida”, una forma de paliar sus problemas y malestares. Nos hablan de mujeres alcohólicas, con precaria economía⁹. También se refieren a mujeres solas con criaturas a su cargo, así como mujeres que se han dedicado al cuidado de los progenitores y/o de hermanas y hermanos o familiares próximos; al ser éste un trabajo no remunerado, al fallecimiento o emancipación de éstos, carecen de una pensión o ésta es insuficiente para el desarrollo de una vida digna¹⁰. En otros términos, se habla de la fragilidad económica.

Se apunta el aumento actual de casos de parejas jóvenes, entre 35-40 años, en paro y con descendencia y que subsisten gracias a la ayuda (económica, de vivienda, etc.,) de sus progenitores ya jubilados. Así mismo, se cita a las criaturas con progenitores negligentes y a las y los jóvenes –emigrantes o no- que viven en pisos de acogida ya que, cuando llegan a los 18 años, esto es, a la mayoría de edad, dejan de percibir las ayudas que hasta ese momento tenían, dejándoles en una situación de desprotección que les hace más vulnerables socialmente y con mayor riesgo de derivar hacia comportamientos de riesgo como el consumo de sustancias (consumo y “trapicheo”) y la prostitución como formas de subsistencia. Califican esta situación como “la mayoría de edad como condena”.

⁹ Se señalan elementos diferenciales entre el alcoholismo femenino y masculino. El primero, más culpabilizador –máxime cuando se tienen criaturas a cargo- y más culpabilizado socialmente; el segundo, provoca generalmente en el medio afectivo próximo, una mayor respuestas de ayuda.

¹⁰ En referencia a la Pensión a favor de familiares.

Así mismo, consideran frágiles a quienes en la infancia sufrieron maltrato familiar y/o malas experiencias en hogares de sustitución y puntualizan que generalmente piden ayuda al cabo de los años. Desde el Teléfono de la Esperanza nos hablan de personas con secuelas de malos tratos en la infancia y nos dicen que: ***“No te llama cuando es adolescente, sino te llama cuando ya en la edad mediana tiene sus propios hijos y se encuentra en una situación personal de dificultad por no tener habilidades sociales de cara a la educación de sus hijos”*** (G1te-15).

Y también se refieren a las personas inmigrantes y con problemas asociados con la exclusión y el desarraigo, cuando además se encuentran en situación ilegal, esto es, “sin papeles”. El choque cultural, la diferencia entre sus fantasías respecto del país de acogida confrontadas con la realidad de una vida como inmigrante, con o sin “papeles” y viviendo en situación de precariedad, les ha condenado a un viaje sin retorno a su tierra de origen, ya que el regreso será siempre considerado como un fracaso personal.¹¹

Con anterioridad se ha citado a las personas denominadas como “tutoras en fragilidad”¹². La situación de este colectivo es muy específica y debe ser analizada de manera especial, teniendo en cuenta sus circunstancias particulares. Manifiestan una gran preocupación y mucha incertidumbre, no sobre su futuro, que pasa a un segundo plano, sino hacia el de sus descendientes con problemas cognitivos o de salud mental. Así se expresaba una mujer de 77 años, viuda con un hijo de 40 años con enfermedad mental, al explicar su situación actual: ***“Yo de momento estoy bien gracias a Dios, lo único que espero es para que (el día de mañana) atiendan a mi hijo”*** (G2M-10M). En una situación similar se encuentran las personas que asumen el cuidado informal de terceros, bien sean éstas criaturas (en referencia a abuelas y abuelos que asumen la responsabilidad del cuidado y educación de sus nietas y nietos) o bien otras personas (pareja, ascendientes o familiares próximos), máxime cuando su edad excede de los 65 años. A ellas y ellos nos referiremos también en el apartado segundo.

También se menciona a las personas en situación terminal, al considerar que la Atención Paliativa debe ser universal y no puede depender de la formación y de la sensibilidad del facultativo de turno. En este mismo sen-

¹¹ Sobre esta cuestión ver: Achotegui, J. (2000, 2003 y 2015) (17,18,19)

¹² Término acuñado por Hurkoa para designar de forma explícita a personas mayores que tienen a su cargo –por mandato legal– a descendientes con problemas de salud física y/o mental; se trata de personas que son conscientes de su envejecimiento, de la disminución de sus capacidades y de la responsabilidad que asumen. Están hondamente preocupados por el futuro, sobre todo por el de sus tutelados y para continuar desarrollando esa función, necesitan ser atendidos y apoyados.

tido, consideran necesaria la generalización de la red de Hospitalización Domiciliaria por parte de Osakidetza.

En general muestran preocupación por las personas que viven en soledad, *“Al final lo que les unifica es la soledad, el aislamiento, la falta de apoyo emocional y apoyo (en general)”* (G5TsA-33). Una soledad que pesa, aísla y en ocasiones culpabiliza, lo que hace más difícil poder llegar a ellas. Insisten en que para detectar las situaciones de fragilidad la cercanía es imprescindible. Consideran que sería necesario una mejor detección y un mayor y mejor seguimiento. *“La fragilidad no entiende de edad ni de condicionantes de género”* (G1nl-17). Desde Hurkoa, como resultado de su trabajo en el área, realizan una reflexión seria y profunda sobre la necesidad de tener un exquisito respeto hacia el respeto de la autonomía y las decisiones de las personas en situación de fragilidad. Si bien desde la teoría ningún profesional de este colectivo duda de la necesidad del estricto respeto de sus decisiones, en la práctica no siempre es evidente ni fácil de llevar a cabo, sobre todo cuando surge una disparidad de criterios y se tiene que respetar una decisión con la que el profesional no está de acuerdo por considerarla incorrecta o incluso perjudicial para la persona en situación de fragilidad. Aquí el respeto y la profesionalidad, la supervisión de casos y el seguimiento cercano deberán permitir reconducir la situación y/o paliar las posibles consecuencias negativas que de ello se deriven.

3.3.2 Situaciones de riesgo: Las “Alarmas”

Bajo este epígrafe hemos intentado recuperar algunas de las situaciones que las personas entrevistadas han considerado como de más riesgo y por ende, de mayor premura en su atención.

Son unánimes al señalar que la alarma debe saltar ante la demanda directa siendo, evidentemente, ésta la situación más fácil de atender, por ser la propia persona quien la realiza al ser consciente de sus debilidades, de sus limitaciones y de que necesita apoyo. Y lo es, con independencia del organismo al que lo haga, ya que, a partir de ese momento se puede realizar una valoración de la situación, de sus necesidades y poner en marcha los dispositivos necesarios para que puedan recibir la atención que precisen y poder así planificar su presente y su futuro de acuerdo a sus decisiones, deseos y valores.

Consideran la soledad como un grave indicador de riesgo: *“Si el entorno familiar y social o de amistad es normal y saludable, eso es bueno y positivo, y la ausencia de eso no es buena. Creo que una situación de soledad puede dar lugar a la fragilidad”* (G3c-7). Y es que la soledad, las soledades, constituyen una traba importante en la búsqueda efectiva de ayuda. En ocasiones, soledad y precariedad económica van de la mano. Desde Cáritas se citan datos del Informe FOESSA de 2014 (20), referidos a Euskadi respecto de las personas en situación de exclusión social: *“4 de cada 10 dice que están en*

situación de aislamiento social, es decir, no tienen ningún entorno al que poder acudir. Yo creo que es una situación clara de fragilidad (G3c-8). La soledad, asociada a la falta de red social y de personas en quienes confiar, tiene múltiples repercusiones en la vida cotidiana, que van desde carecer de una persona próxima a quien confiar una copia de la llave de la vivienda, a las asociadas con el desconocimiento del espacio legal, unido al hecho de carecer de una persona de confianza a quien demandar información sobre el tema. Otro elemento de riesgo añadido, ya citado, es la precariedad económica, cuyas causas pueden ser diversas, entre las que se cita el caso de las personas con pensiones muy bajas, bien por viudedad u otros motivos, las situaciones en las que se sufre el abuso económico por parte de terceras personas. También dicen que se deben tener en cuenta las situaciones en las que la precariedad económica viene derivada por una mala administración, donde los gastos superan a los ingresos.

Son unánimes al manifestar que cuando no existe una demanda directa, las personas en situación de fragilidad son difíciles de detectar, porque: *“Escondemos, “maquillamos” o disimulamos nuestras fragilidades (...) e incluso en algunos casos no somos conscientes de nuestra propia fragilidad (...) intentamos que el de al lado nuestro no sepa que tenemos ese problema”* (G1n1-5). El riesgo es mayor cuando las personas viven solas en su domicilio y no dan el paso de acercarse a los Servicios Sociales o a las Asociaciones competentes en estos temas. Las personas en esta situación se encuentran en gran riesgo y su detección, aunque resulte un tema difícil, debe ser abordada. Qué duda cabe que poder contar con familiares directos y/o amistades muy próximas que ofrezcan un apoyo efectivo en la gestión del día a día y en los planos económico y emocional, resulta fundamental para la gestión de nuestra fragilidad. El problema surge cuando no se cuenta (se carece de) con estos apoyos.

Queda claro pues que aquellas situaciones en las que se suman la edad, la soledad y la no demanda, deben ser consideradas de gran riesgo. La no demanda se relaciona con la carencia de personas en quienes confiar, a quienes poder pedir información y apoyo ante situaciones concretas. La no demanda “invisibiliza” a la persona en fragilidad tanto frente a su red social informal como frente a los Servicios Sociales y la sociedad en general. Son personas a las que hemos acordado en calificar como “socialmente invisibles” ya que no demandan, no protestan, su círculo de actividad y de relación se va reduciendo hasta, en los casos más extremos, quedar aisladas en sus domicilios. No obstante, se debe tener especial sensibilidad en aquellos casos en los que la demanda viene de terceros; cuando una persona en situación de fragilidad se encuentra en una situación previa a la solicitud de ayuda y es otra persona o institución quien le insta –con buen criterio y buena voluntad– a demandar ayuda y/o apoyo, se pueden sentir “invadida”. En estas situaciones se debe tener en cuenta la dificultad intrínseca para reconocer una situación de necesidad, máxime en una sociedad como la nuestra, donde la discreción es un valor. Así pues habrá que dar el tiempo necesario para crear un vínculo de

confianza que facilite el desarrollo de un trabajo de apoyo y acompañamiento efectivo. Es evidente que la buena voluntad no es suficiente, debe ir acompañada de la profesionalidad, el tacto y el respeto que permita a la persona tomarse el tiempo que considere necesario para que pueda elaborar la nueva situación y tomar sus propias decisiones.

Consideran la edad como un elemento de riesgo pero no como un rasgo determinante: *“Igual alguien se ofende y dice, ¿y por qué la edad va a ser motivo de fragilidad?, ¿porque esté solo? Porque hay personas que no sólo están solas sino que están muy a gusto solas, disfrutan de su soledad, (...) es difícil saber cuando hay necesidad”* (G1n1-6). Pero qué duda cabe que la soledad, el desamparo y el abandono, así como una economía precaria, son situaciones de riesgo frente a las que hay que estar en guardia, también en las situaciones en las que existen carencias en la red social o ésta es inoperante (por envejecimiento u otras causas) y en las de aislamiento social. Así, manifiestan preocupación por las personas mayores que viven solas, en un vecindario que envejece y que va perdiendo su capacidad en tanto que red social informal. Se debe tener en cuenta que la presencia de familiares directos, por sí sola, no es garantía del respeto de los intereses y las decisiones de las personas en situación de fragilidad; recordemos, aunque nos cueste aceptarlo, que también existen familias disfuncionales y/o tóxicas.

El hecho de haber contado con personas que desarrollan su trabajo en diferentes ámbitos ha proporcionado una casuística variada. Así, dicen que también se debe estar atento cuando se detectan carencias en la capacidad de una persona para la gestión de su vida y de su economía, como es la pérdida del valor del dinero y/o la retirada de cantidades importantes: *“Situaciones en las que tienes la sospecha de que no va a poder gestionar bien, que se pueden aprovechar de esa persona en esa situación”* (G3c-5). No obstante también apuntan que estos casos se pueden dar en situaciones varias y con independencia de la edad de la persona en cuestión ya que las personas con déficits cognitivos leves y/o con enfermedades mentales pueden encontrarse en una situación similar¹³

Desde el ámbito jurídico, se apunta la necesidad de profundizar en el

¹³ Se recoge la necesidad de resaltar el valor de las redes informales. La discreción y el secreto profesional son herramientas a tener en cuenta. Desde los ámbitos profesionales recuerdan que como tales, están sometidos al secreto profesional, por lo que, una información transmitida a cualquiera de ellas o ellos debe ser considerada como confidencial y esta característica la diferencia de la intromisión y el “cotilleo”. Esta circunstancia deberá ser tenida en consideración y valorada para facilitar el flujo de la información necesaria que permita el establecimiento de redes eficaces que permitan una detección previa efectiva y una planificación de canales de derivación operativos.

conocimiento de las causas que llevan a una persona a tomar decisiones drásticas o poco usuales, como es el caso de la exclusión de uno de los herederos o herederas, con especial atención cuando la persona mayor viene acompañada por un tercero a quien beneficia tal decisión: ***“Máxime si el acto que va a realizar es un poco ajeno a su vida cotidiana, si es un acto muy extraordinario, muy ajeno a lo que hace todos los días”*** (G3n-6). Apuntan a que en estas situaciones, la información exhaustiva sobre las consecuencias de la medida que se va a tomar así como la profundización sobre las causas que motivan tal decisión, se convierten en herramientas necesarias. Esta afirmación es corroborada por los profesionales de la banca, quienes abundando en el tema, consideran imprescindible estar alerta frente a terceras personas que intentan “velar por el interés” de una persona mayor con dificultades en la gestión de su economía y de su patrimonio.

Respecto al otorgamiento de poderes, insisten en la importancia de la elección de la persona a quien se autoriza o se apodera, así como en la necesidad de informar bien a las dos partes respecto de los compromisos y responsabilidades que los poderes otorgan: ***“El poder que está ejerciendo es la ejecución de un mandato, un mandato que es un contrato de encargo y el poder está para que tú ejercites lo que te han encargado. El poder no lastra sino que es una facultad de actuar en virtud de un mandato que te han dado. Si te sales del mandato tienes una responsabilidad”*** (G3n-10). A renglón seguido dicen que por desgracia, en los casos de abuso los Tribunales de Justicia no son operativos.

Desde el sector salud abundan en que se debe estar más alerta en los casos en que las personas mayores se hacen más dependientes respecto del personal sanitario en el manejo de su salud: ***“Yo diría que cuando empiezan a preguntar por cosas que hasta entonces tenían muy seguras (...) un día con una rozadura, (...) con la más mínima excusa empiezan a venir continuamente al Centro de Salud”*** (G5Eap-12). También, cuando piden cita más asiduamente, sin causa justificada o lo hacen por cuestiones que con anterioridad gestionaban sin problema. Su experiencia profesional les permite sugerir que la pérdida progresiva de autonomía, en muchas ocasiones, es más fácil que sea percibida desde fuera, es decir, desde una cierta distancia que desde la propia familia, como sucede en el comienzo de los procesos de demencia, porque: ***“A veces la familia ni se da cuenta (del comienzo del proceso)”*** (G5Map-13); también apuntan otras situaciones como cuando solicitan revisiones, no traen la documentación adecuada o no se sabe muy bien cuál es el motivo de consulta. Desde Atención Primaria (A.P.) también dan mucha importancia a la visita domiciliaria. Consideran que es una herramienta de mucho valor, ya que permite evaluar necesidades, no sólo relacionadas con la salud, ya que en el domicilio se percibe lo que se controla y sobre todo lo que se va descontrolando (limpieza de la vivienda, aseo personal, comida, ...).

Para las personas en situación de fragilidad que viven solas, la enfermedad supone un momento de riesgo con independencia de que el episodio sea leve o grave. En los casos de enfermedad grave el riesgo es evidente, pero el asociado a las situaciones que pueden provocar las enfermedades leves parece no ser ni claro ni evidente. Al respecto, desde el grupo de personas en situación de fragilidad una de ellas nos relataba un episodio de fiebre, seguramente producido por una enfermedad leve que le llevó a estar una semana en la cama, en absoluta soledad y sin pedir ningún tipo de ayuda: *“pasé cinco días sin nada Y pensé, con 39° (de fiebre) tendré que llamar a alguien !!! Si mañana tengo 39°, tendré que llamar a alguien, pero bueno, al día siguiente tenía 38°”* (G2J-18). Este es un buen ejemplo de situación de riesgo y también de su “invisibilidad”.

Actualmente, los tiempos de hospitalización son cada vez más cortos; no se duda de la bondad de dicha medida ya que cualquier persona, en general, prefiere estar en su domicilio que en un centro hospitalario y además, esta medida reduce los riesgos de sufrir infecciones. No obstante, para las personas que viven solas o conviven con otras de su misma edad o más mayores, es una situación especialmente preocupante. Volver al domicilio con una autonomía mermada y si haber podido prever y organizar los recursos necesarios para asegurar la supervivencia y un mínimo cuidado, abocan a estas personas, cuando no existe una familia o una red informal operativa que apoye y asuma el cuidado en el domicilio, a situaciones de difícil gestión: *“Gente que ha estado ingresada, que baja (del hospital) y se encuentra con el cielo y la tierra; a veces vive sola y vuelve a casa con un diagnóstico mayor del que (...) y la persona se encuentra con el cielo y la tierra. Esta es otra situación clave”* (G5Map-14). Máxime, como se apunta, cuando se vuelve al domicilio con un estado de salud física más precario, bien por agravamiento de la enfermedad previa o bien por el diagnóstico de una enfermedad cuyos síntomas provocaron el ingreso, lo que hace tambalear los recursos psicológicos personales. Frente a este tipo de situaciones plantean la necesidad de estructurar una coordinación formalizada, en este caso entre lo sanitario y lo social, que evite que se produzcan situaciones como la descrita.

La importancia de unas redes sociales informales efectivas es fundamental. El envejecimiento de la población, al que nos hemos referido en el capítulo dedicado a la demografía de este trabajo, así como el envejecimiento de los vecindarios reducen de forma acusada su efectividad. También envejecen las unidades de convivencia y en este sentido se señala con rotundidad la problemática que se le asocia. Desde los Servicios Sociales nos dicen que, en ocasiones, se han encontrado con casos insospechados: *“El otro día publicitamos formación para cuidadores y nos llamó una señora de 83 años que vivía con otra de 84, otra de 81 y una de 92 y ella quería formarse como cuidadora. Y no conocíamos a ninguna de las cuatro!”* (G5T-SA-16). En este mismo sentido se apuntan otras situaciones que deben ser tenidas en cuenta, como es, la pérdida repentina de un apoyo en la fami-

lia, en la vecindad, un diagnóstico de enfermedad con un mal pronóstico, un fallecimiento, *“por ejemplo, tres hermanas mayores que viven juntas y la joven que es quien maneja La joven que tenía 70 años, fallece”* (G4j-7). También se señalan los cambios de domicilio ya que pueden provocar la pérdida o el alejamiento de las amistades y de la red social. En la medida en que con la edad se pierde capacidad de aprendizaje, la adecuación a nuevos entornos y nuevas personas se hace más difícil. Otra situación que debe preocupar es cuando sucede una desgracia de tipo económico como es la reducción o desaparición de la principal fuente de ingresos, por ejemplo, en el caso de las mujeres cuando enviudan, ya que el porcentaje de mujeres mayores de 65 años que no han desarrollado un trabajo remunerado todavía es alto y la reducción a la que se ve sometida su pensión tras el fallecimiento de su esposo es importante, alrededor de un 50%¹⁴. Lo mismo sucede cuando la única persona en una familia con una fuente de ingresos periódica, fallece o pierde su empleo.

Desde lo social, nos dicen que “las alarmas” también deben saltar frente al desarraigo y el consumo de sustancias; también en el caso de personas con enfermedades mentales. Se hace aquí alusión a la problemática asociada a la enfermedad mental, no siempre diagnosticada y que cuando lo está, en la mayoría de los casos –por lo menos en los más graves- se trata de patologías crónicas que necesitan de una medicación de por vida. *“.... (una enfermedad) no diagnosticada o (personas) diagnosticadas y no tratadas o tratadas pero que la persona no sigue el tratamiento porque no tiene apoyo o seguimiento”* (G3c-6). La adherencia terapéutica sea por causa de una enfermedad física o mental, no es nada sencilla y esto lo saben bien los profesionales de la sanidad y las y los familiares que conviven con quienes padecen enfermedades crónicas, del tipo que sean, físicas o psíquicas.

Respecto de las personas con enfermedades mentales se nos recuerda que se debe tener en cuenta que ellas también envejecen por lo que se considera necesario atender las necesidades de las personas mayores en general sin olvidar a aquellas que además tienen enfermedades mentales. Se constata que quienes por circunstancias particulares, como son el consumo de sustancias tóxicas, las enfermedades mentales u otras causas, no han podido desarrollar una vida laboral normalizada, lo van a tener más difícil en la vejez. Por regla general se trata de personas que van a necesitar recursos asistenciales en edades más tempranas que la población general.

¹⁴ “Con carácter general, ascenderá al 52% de la base reguladora del causante. Podrá incrementarse al 70% de dicha base reguladora cuando el pensionista tenga cargas familiares, la pensión de viudedad constituya la principal o única fuente de ingresos y los rendimientos anuales del pensionista por todos los conceptos no superen la cuantía resultante de sumar al límite que, en cada ejercicio económico, esté previsto para el reconocimiento de los complementos por mínimos de las pensiones contributivas, el importe anual que, en cada ejercicio económico, corresponda a la pensión mínima de viudedad con cargas familiares”. (21) Fuente: <https://www.jubilaciondefuturo.es/>

Capítulo aparte merecen las personas cuidadoras informales de más de 65 años. Si bien se ha señalado que la edad no debe ser considerada más que como un elemento de riesgo a priori, en el caso de las personas con responsabilidades respecto del cuidado a terceros, la edad sí debe ser considerada como un elemento de riesgo. La pérdida progresiva de capacidades físicas y psíquicas hacen que una personas cuidadora vaya disminuyendo en efectividad frente a sus responsabilidades y de forma paralela, aumente el riesgo respecto de su propia salud y sienta como “una carga” lo que con anterioridad podía asumir sin dificultad. En esta situación se encuentran quienes han asumido y asumen el cuidado de su pareja enferma, de ascendientes o descendientes, de hermanas o hermanos u otros familiares necesitados de cuidado informal. En similar circunstancia están quienes desde el GºF. constituido por profesionales de Hurkoa se han denominado como personas “tutoras en fragilidad”, esto es, personas de edad que **“tienen la responsabilidad de una persona incapacitada civilmente”** (G4j-5). Son personas que envejecen; por demografía, se trata principalmente madres, **“que van siendo conscientes de sus limitaciones, incluso físicas”** (G4j-5) y que, en sí misma, no serían frágiles si no tuvieran esa responsabilidad, que la viven, como una “obligación moral”. Desde el programa de HURKOA Familias, se ofrecen ayudas para estas situaciones que principalmente son de orden jurídico, pero consideran deben ser mayores: **“Son personas que necesitan la combinación de las dos áreas Familias y Fragilidad y que piden esa ayuda, sin querer dejar de asumir la responsabilidad, porque la viven como una obligación”** (G4j-6). Son personas que necesitan ser acompañadas y asesoradas para prever un futuro en una doble vertiente, la de la planificación de la propia vida y sobre todo la de la persona a quien tutelan, cuyo futuro supone una importante fuente de preocupación. Para este colectivo, el riesgo de enfermedad propia es muy preocupante y una situación de riesgo a prever.

Por último, citar las situaciones de exclusión y desarraigo. El riesgo es mayor para las personas emigrantes en situación irregular ya que pueden derivar en una situación de fragilidad, que con las ayudas necesarias, podrá ser temporal.

Vemos pues que son diferentes los ámbitos en los que se manifiesta la fragilidad y varios también los espacios sociales desde los que se puede detectar más tempranamente, principalmente aquellas situaciones que conlleven mayor riesgo. De ahí la necesidad de establecer una coordinación efectiva entre ellos. Como lugares de detección se han citado los Centros de Salud, las farmacias, los bancos, las tiendas del barrio, las parroquias, los Hogares de Jubilados, ... sobre todo a través de los servicios que prestan porque tienen un conocimiento sobre la persona frágil, sus características y sus costumbres: **“Esa persona que te dice que sólo baja donde ti cada tres meses, porque cada vez le da más pereza”** (G5TsA-18). Se señala como positiva la colaboración que se desarrolla entre las farmacias y los Centros de Salud respecto de la gestión de medicamentos y

recetas y de la dosificación de las medicaciones, fundamental para que las personas mayores y con enfermedades crónicas y/o pluripatologías puedan manejarse mejor; la dosificación puede ser semanal, mensual,... Este programa se valora también de forma positiva por quienes trabajan con personas con enfermedades mentales.

Se recoge la necesidad de resaltar el valor de las redes informales. La discreción y el secreto profesional son herramientas a tener en cuenta. Desde los ámbitos profesionales recuerdan que como tales, están sometidos al secreto profesional, por lo que, una información transmitida a cualquiera de ellas o ellos debe ser considerada como confidencial y esta característica la diferencia de la intromisión y el "cotilleo". Esta circunstancia deberá ser tenida en consideración y valorada para facilitar el flujo de la información necesaria que permita el establecimiento de redes eficaces que permitan una detección previa efectiva y una planificación de canales de derivación operativos.

3.3.3 Diferencias de género

Entienden que las diferencias de género están mayoritariamente relacionadas con la historia de vida de cada persona y por supuesto, fuertemente condicionadas por la educación recibida, la división social del trabajo (en referencia al productivo y reproductivo) y por los roles que tradicionalmente la sociedad ha atribuido a mujeres y hombres. Pero no los entienden como colectivos homogéneos: *"Depende de la vida que hayan llevado. Es muy distinto la vida de un hombre o una mujer que haya vivido en el caserío o en el centro del pueblo, que haya trabajado sólo en casa o haya salido a trabajar..."* (GInI-8). Insisten en la necesidad de considerar a ambos colectivos como heterogéneos y variados, fruto de sus experiencias vitales y de las diferencias personales.

Sin intención de generalizar, sí se esbozan algunas diferencias, unas procedentes de la propia biología como el hecho de que las mujeres –como colectivo– son más longevas que los hombres y otras derivadas de la educación y los estilos de vida. Así, en la medida en que las mujeres han orientado su actividad hacia la familia principalmente al cuidado de terceros (ascendientes y descendientes), les cuesta más considerarse como sujetos que necesitan ser cuidados, es decir, pasar de cuidadora a ser cuidada y piden ayuda más tarde. Respecto de los cuidados, por regla general, los hombres demandan y las mujeres esperan recibir.

Otra de las diferencias que se apuntan está relacionada con la economía. No se descubre nada nuevo al decir que las mujeres mayores, en general, tienen una economía más precaria que los hombres de su misma edad, se pretende simplemente constatar esta circunstancia. Nos hemos refe-

rido a la mayor longevidad de las mujeres y en el colectivo de mayores de 65 años hay más viudas que viudos. Por estilos de vida, las mujeres casadas, que se sitúan actualmente en la franja de 65 años y más, se dedicaron mayoritariamente al trabajo doméstico, por lo que en muchas ocasiones la única (o principal) fuente de ingresos con la que cuentan es la pensión de viudedad de sus esposos. Considerando que las pensiones de viudedad suponen habitualmente un 52% de la pensión del cónyuge, resulta evidente la disminución del poder adquisitivo de las mujeres como consecuencia de su nueva situación: **“es un hecho que puede condicionar mucho”** (G1n1-8). Lógicamente, las mujeres que trabajaron también por cuenta ajena –con independencia de su estado civil- tienen su pensión de jubilación, pero si tenemos en cuenta que los empleos a los que mayoritariamente accedían tenían una cualificación y/o un salario menor al de los hombres, también sus jubilaciones son, por regla general, de menor cuantía¹⁵.

Respecto de la autonomía personal se apuntan dos cuestiones, por una lado, la menor habilidad de los hombres para los temas relacionados con la limpieza, tanto respecto del aseo personal como de la vivienda así como respecto de la gestión de la alimentación. **“La mujer es capaz de llevar el sustento a casa y llevar la casa y los hijos, cosa que el hombre no hace por motivo de que no lo asume, no porque no sea capaz. ¡Claro que es capaz de hacerlo!** (G2C-11). Y es que aquí también la asignación tradicional de roles pone en evidencia sus consecuencias ya que mayoritariamente los hombres de 65 años y más se han mantenido a lo largo de su vida al margen de la gestión de las tareas domésticas y de cuidados. **“Un hombre solo en casa es un desastre y más a partir de los setenta y pico”** (G1cn-9). Por otro, si a esto añadimos que generalmente los hombres tienen menos red social y ésta es un pilar importante ya que ofrece interlocutores con los que compartir problemas y dificultades, se puede decir que un hombre mayor de 65 años viviendo solo puede necesitar más ayuda que una mujer de su misma edad y circunstancias. La viudedad y la soledad, son de más fácil manejo para las mujeres: **“La mujer lo afronta mejor; un hombre viudo es mucho más inútil y mucho más cobarde”** (G2C-11). En situaciones de soledad, a ellos les cuesta más pedir ayuda. **“Las mujeres, además de pedir, nos desahogamos y contamos”** (G1-9ap).

Resumiendo vivir la vejez marca diferencias entre ambos colectivos. Respecto de la soledad, la fragilidad y la dependencia en la vejez, sugieren la conveniencia de trabajar con anterioridad el proceso de envejecimiento y así poder prevenir y/o paliar sus consecuencias negativas desde edades más tempranas (sugieren los 50 años), porque hoy son muchas las personas de edad avanzada, que tiene poca red social y viven solas. Se

¹⁵ Sobre el particular, ver el Informe FOESSA de 2014, “La pobreza en España desde una perspectiva de género” (20), en: www.foessa2014.es

parte de la premisa de que la soledad no es buena para nadie, en ningún tramo de edad.

Para las personas en situación de fragilidad tener referentes en la siguiente generación es un plus, aunque no siempre sea todo lo efectivo que desean: *“Algunas tienen sobrinos, pero están trabajando y no les pueden echar una mano un día determinado para ir al médico”* (G2K-13). Y es que cuando hablamos de red social debemos tener en cuenta su efectividad, porque el envejecimiento también le atañe.

Tradicionalmente, las relaciones de vecindad han jugado un papel importante en tanto que apoyo informal. El envejecimiento poblacional de algunas zonas y la modificación de los hábitos de vida han hecho que pierda en efectividad y así nos lo constataban: *“¡Es que yo soy el niño del vecindario! (72 años). Los dos de arriba tienen ya 80 años, luego estamos nosotros y abajo, una mujer de 93. La casa no tiene ascensor, no se ha podido poner, es muy difícil. Lo único que tengo yo (para dejarle la llave en referencia a la TeleAsistencia) es el vecino de arriba y él dice que no, que estamos todos igual de limitados (...), que es que no se puede! Si me pasa a mí algo y van a buscar al de arriba si está más inútil que yo!”* (G2F-13). Las personas mayores que viven solas echan en falta ese vecindario afectivamente cercano que arropaba, con el que existía una relación de confianza como para dejarle la llave del domicilio y en caso de necesidad, pedir ayuda.

La demanda de ayuda también marca diferencias. Respecto de las mujeres se constata una situación ambivalente, ya que por un lado, piden ayuda antes: *“Quizá las mujeres son más dadas a exteriorizar y quizá es más fácil o son más accesibles. Igual es más sencillo o más rápido detectar una situación de fragilidad en una mujer”* (G4j-11). Pero así mismo constatan que les cuesta más delegar. Al respecto, se puede apuntar la dificultad añadida que supone “reconocer” la dificultad o incapacidad para asumir y llevar a buen término las funciones que les han dado identidad personal y social a lo largo de su vida. Respecto de las ayudas domiciliarias, las mujeres son más desconfiadas: *“Una mujer ha sido ama de su casa toda la vida, ha gestionado todo, y de repente, si una tercera persona a la que no conoce mucho tiene que dejarle entrar en su casa (...) Hasta ahora se ha valido sola y ahora, de repente, reconocer que necesita ayuda y que alguien tiene que venir a su casa. Yo creo que es más difícil”* (G4a-12). Si bien del ámbito laboral nos jubilamos, las mujeres no se jubilan del doméstico ni tampoco lo hacen respecto del cuidado de terceras personas. Una mujer no se jubila de sus funciones de ama de casa y delegar, por no poder llevar a cabo estas tareas, resulta difícil y complicado.

Al hilo del cuidado informal, se apunta a que las mujeres son más generosas que los hombres respecto del mismo. No es ésta una tarea exclusivamente asumida por las mujeres; existen excelentes cuidadores hombres pero se dan diferencias respecto del ámbito del que se sienten responsa-

bles. Ellos tienden a asumir lo que les toca circunscribiendo su compromiso al ámbito de relación más cercano. *“Pero la mujer se dedica al marido, a la cuñada, a la hermana, a la vecina, a la madre, a la hija, a la nieta y yo creo que eso desgasta mucho. (...) Creo que hay excelentes cuidadores (hombres), absolutamente entregados, pero no (son) tan generosos con el entorno con los círculos de familia”* (G5TsA-20). Las mujeres lo viven como una “obligación moral”, que en cierta medida les da identidad; tienden a una sobre implicación respecto del cuidado de la familia, casi en sentido extenso, tienen que cuidar hasta que no pueden más y *“Son capaces de anteponer el cuidado del marido, del hijo a su salud. No le puedes dar una cita para un especialista a ciertas horas, porque a esas horas no puede hacer nada más que dar de comer al hijo y/o al marido, y aunque ella esté mal y necesite ir al especialista o ir a gimnasia, que le vendría muy bien, no puede anteponer su calidad de vida al cuidado de los que tiene en casa.”* (G5Eap-22). Se sienten culpables de no poder cuidar, máxime cuando se trata del esposo, como por ejemplo en los procesos graves de demencia, cuando éste necesita ser ingresado en una Residencia.

Puesto que las mujeres son más longevas, los hombres casados y/o en pareja son cuidados por sus esposas, lo que marca otra diferencia respecto de las mujeres cuando envejecen y a su vez, necesitan ser cuidadas.

Algunas mujeres también cuidan de los hijos varones, que tras una separación vuelven a casa de sus madres: *“Hay una población importante de varones separados que vuelven donde sus madres, que con 90, 92 años Y es que les esperan, no una sino unas cuantas, esperan a que venga él para que la cena no se enfríe, plancha, pone las lavadoras y todo eso, porque si no, una mujer de noventa y tantos se siente culpable si no le cuida al varón de sesenta y tantos que viene el pobre a casa porque se ha separado”* (G5-Map21/22). Y aquí podemos apuntar al posible riesgo de abuso y maltrato que esta situación puede conllevar.

Respecto de la gestión económica y los temas legales, apuntan que en la generación de más de 65 años también se evidencia el peso de la división de responsabilidades de mujeres y hombres en el seno de las familias. El hecho de que los hombres se hayan encargado de la economía y de lo social y las mujeres de la gestión de la casa, influye en la toma de decisiones de tipo económico y legal. Confían en que estas diferencias serán menores en las generaciones venideras: *“Hemos salido más tarde a la vida”* (G3n-14). Se considera que las mujeres tienen, en general, un mayor desconocimiento y una mayor dificultad para separar, en la toma de decisiones, los sentimientos de la razón, lo que condiciona sus decisiones. Así apuntan que las mujeres tienen mayor dificultad para tomar una decisión drástica como es la de desheredar a un hijo maltratador: *“Me vino un matrimonio y él desheredó directamente a un hijo (bueno, queda la legítima) (...) y la mujer me dijo: yo tendría que hacer lo mismo, pero no, los tres a partes iguales”* (G3n-13). También señalan que en la toma de decisiones legales, los hombres tienden a ser más pragmáticos, por ejemplo, los hombres

solteros tienden a dejar a un sobrino su herencia a cambio de que cuide de él, en cambio, las mujeres solteras tienden a repartirla igualmente entre todos sus familiares.

Y es que el hecho de tener una sensibilidad diferente también influye en la toma de decisiones y en la forma de entender y gestionar los temas económicos y legales: *“Yo no lo diría como sexo débil sino que tenemos en cuenta otros parámetros”* (G3n-13). Esta cuestión, unida a una sensibilidad diferente hace que, por ejemplo: *“Cuando quieres repartir unos medicamentos en países (necesitados) se los das a las mujeres porque los hombres se los gastan en armas”* (G3n-14).

Otros rasgos diferenciales que se apuntan están relacionados con las conductas adictivas, más estigmatizadoras y culpabilizantes en el caso de las mujeres. Las mujeres acuden a los centros de rehabilitación solas, aisladas y con sentimiento de culpa. En los Centros de Rehabilitación hay más hombres que mujeres y, *“mientras que los hombres gozaban de una segunda oportunidad, las mujeres lo tenían mucho más complicado. Es que siempre venían solas”* (G1Te-12). Los hombres adictos cuentan con más ayuda por parte de las mujeres de su entorno familiar. Otro factor a tener en cuenta es el de la capacidad física en el contexto de las adicciones, ya que, en este ámbito, los chicos consumidores han salido mejor parados que las chicas.

Entre las personas desestructuradas hay más hombres que mujeres: *“Sin embargo, las mujeres que llegan a esa situación tienen un nivel de deterioro muchísimo mayor que el de los hombres. La mujer tiene más capacidad para mantenerse en ese riesgo, en esa fragilidad; tiene más aguante pero una vez que rompe, el deterioro es muy fuerte”* (G3c-15).

Sobre la feminización de la pobreza, nos dicen que *“la pobreza tiene rostro de mujer (...) sobretudo familias monoparentales donde la mujer tiene que hacerse cargo de los menores porque su compañero o su pareja se ha ido, le ha abandonado (...) son fundamentalmente mujeres con hijos a cargo”* (G3-c15). También nos hablan de mujeres viudas, con pensiones mínimas, viviendo muy austeramente y sin solicitar las ayudas que les corresponderían y no lo hacen por falta de información sino por pudor y por vergüenza: *“Mujeres viudas en un entorno de cierta soledad”* (G3c-15). Y abundando en el tema añaden: *“Eso a veces, se ha llamado pobreza vergonzante: la vergüenza de ser pobres (...) la pobreza es denigrante, es un baldón. Pasan hambre por no pedir”* (G3n-16). En este sentido es interesante el análisis que realiza Dolores Juliano (2011) (22) al respecto.

Un último apunte respecto de los aspectos diferenciales entre mujeres y hombres que puede aportar alguna luz a la situación actual son los datos de Hurkoa y los del Departamento de Políticas Sociales de Gipuzkoa (23), respecto de la atención a personas de 60 años y más. De los datos referidos al ejercicio 2015 extraemos los siguientes. De las 543 personas atendidas por Hurkoa en ese año, las de 60 años y más ascendieron a 323,

de las que 192 (el 59,44%) eran mujeres y 131 (el 40,56%) eran hombres. En la misma línea van los datos recogidos en la Memoria del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, donde se expone que el total de personas atendidas durante 2015 fue de 27.381, de las que el 60,34% eran mujeres y el 39,66% eran hombres.

3.3.4 Los recursos

El objetivo de este apartado es explorar el nivel de conocimiento que tienen las personas de los distintos colectivos representados en los G^oF. sobre los recursos existentes. Se puede decir que el conocimiento es más bien escaso, muy general y curiosamente, es el colectivo de personas implicadas quien tiene un menor conocimiento. Como ya ha quedado reflejado, este G^o F. estaba compuesto por personas que hemos denominado como "previsoras". Estas personas conocían aquellos recursos que habían utilizado, como los Servicios de Bienestar Social y el Servicio de TeleAlarma. También citan a Hurkoa. Lo más alarmante es que en las personas "no previsoras" había un desconocimiento total sobre los recursos existentes. Consideramos que este es un factor que debe ser tomado en cuenta para realizar una reflexión respecto de cómo hacer llegar esa información al colectivo de personas en fragilidad. Es evidente que la publicidad, si bien es necesaria, no ha resultado ser una herramienta suficiente.

Desde Hurkoa se apunta a la dificultad que habitualmente tenemos para reconocer o reconocernos en situación de fragilidad y la dificultad añadida para buscar ayudas: *"Es difícil a veces, darse cuenta de que necesitas una ayuda, reconocer que eres una persona frágil; (...) hay personas que realmente se dan cuenta y desconocen a dónde ir"* (G4j-18). Las campañas de información son necesarias y sugieren que se deberían planificar con tres objetivos. Por un lado, deben permitir conocer los recursos existentes en el área, por otro lado, deben tener un carácter de sensibilización hacia los colectivos que en el día a día trabajan y/o se relacionan con personas en situación de fragilidad. Al mismo tiempo, la información debe llegar al colectivo de personas en fragilidad. Su preocupación se dirige, sobre todo a este colectivo, en ocasiones aislado y con poco acceso a los medios de comunicación y piensan sobre todo en las personas mayores que viven solas en sus domicilios.

Teniendo en cuenta que el resto de los G^oF. estaba compuesto por profesionales del ámbito jurídico, socio-sanitario y de ONG's implicadas en la atención a este sector de la población, el nivel de conocimiento sobre los recursos actualmente existentes es mayor. Concretamente citan los Servicios Sociales de base, Hurkoa y las diferentes Asociaciones que trabajan con y para el colectivo de personas mayores. Desde un punto de vista más general, señalan el Sistema de Protección Social Público, con las distintas competencias a nivel municipal, foral y autonómico. Su valoración es la siguiente: *"Es bueno y positivo pero tiene una serie de déficits"* (G3c-23).

La falta de recursos también caracteriza a los Servicios Sociales de base y explican sus consecuencias:

“Creemos que en muchos casos están desbordados (.....) Yo creo que pueden dar buen juego, pero también creo que en muchas ocasiones están desbordados y no llegan a todo lo que quisieran. Pero creo que ese es un buen camino; lo que había que hacer es fortalecerlos más en los dos sentidos: dar a conocer su existencia a la población, porque en algunos casos se desconoce totalmente y reforzarlos para que puedan hacer un seguimiento real de los casos. (.....) Dotarlos de recursos económicos y asistenciales” (G1n1-17)

Sobre la valoración de los Servicios Sociales hay unanimidad; los recursos actuales merecen una buena valoración pero son escasos, hay más necesidades que recursos. Salvo en el grupo de personas implicadas en el que, aunque resulte paradójico, existía un menor conocimiento sobre los recursos existentes, el resto de los grupos opinaba que los recursos actuales, aun subrayando sus carencias, son efectivos, si bien se echa en falta una mejor coordinación. Pensaban que el desarrollo de la Cartera de Servicios Sociales permitiría ganar en eficacia. Desde los Servicios Sociales apuntan que saben bien cómo se debería funcionar, qué hay que hacer y cómo llevarlo a cabo para ser más eficientes, pero la escasez de personal y recursos limita su eficacia, ya que, de cara a las personas atendidas: *“Hay que hacer planes más personalizados, más adecuados” (G5TsA-43).*

Ante la escasez de recursos, de planes personalizados con un seguimiento sistematizado, desde diferentes áreas señalan que, actualmente, este tipo de servicios de atención a personas mayores y/o en situación de fragilidad lo están ofertando empresas privadas constituidas con ese fin.

Respecto de las carencias de los recursos actuales, desde las Asociaciones y los colectivos de profesionales, consideran como un gran problema la actual falta de coordinación ya que dificulta el acceso a los servicios y merma la efectividad del conjunto de los recursos y dicen que: *“Desde la Administración, es complicado y difícil” (G3c-23).*

Otro problema señalado por los colectivos profesionales está relacionado con la Ley de Protección de datos. No dudan de su necesidad y sus bondades; la salvaguarda de la información confidencial que una persona transmite a un profesional es absolutamente necesaria, debe ser respetada y se debe complementar con el riguroso respeto del secreto profesional. El problema surge cuando se esgrime con otros fines, ya que, por desgracia, en ocasiones: *“es un gran cajón de sastre para no asumir responsabilidades” (G3n-25).* Desde lo legal, se apunta la necesidad de una coordinación efectiva: *“algunas veces no hace falta desvelar lo realmente importante” (G3n-26).* Se trata simplemente de compartir aquellos

aspectos que resultan necesarios para ganar efectividad en la atención a una persona determinada con los profesionales que le atienden desde otros ámbitos, en función del bien a un tercero, y: ***“en aras de un bien superior”*** (G3c-26). En este mismo sentido, desde el sector jurídico-bancario se echan en falta protocolos para atender a las personas vulnerables y/o en situación de fragilidad. Consideran que este sector se encuentra en una situación privilegiada para la detección de posibles situaciones de abuso; el problema que se les plantea es el de no saber qué hacer frente a situaciones de este tipo. Sugieren que al igual que en la banca se desarrollaron protocolos para la detección del blanqueo de capitales, sería posible y deseable hacerlos para preservar a las personas vulnerables frente a posibles situaciones de abuso: ***“y además tengo (una) responsabilidad personal”*** (G3b-24).

Una visión particular nos la ofrecen las y los trabajadores de Hurkoa, ya que llevan años trabajando con personas en situación de fragilidad. Sospechan que son muchas más las personas en situación de fragilidad que las atendidas por Hurkoa¹⁶. La preocupación y la necesidad de atención de las personas en situación de fragilidad ha sido el motor principal que ha impulsado la realización de este Proyecto. Remarcan la importancia de las campañas de información y la necesidad de seguir realizándolas y en este sentido creen que la sociedad no conoce lo suficiente su trabajo: ***“Yo creo que principalmente lo conoce la gente que puede tener relación con nosotros que ya nos conoce de otros casos”*** (G4j-19). Al mismo tiempo, expresan su preocupación por lo que denominan las “necesidades ocultas”. Por este motivo sugieren como una buena práctica a desarrollar desde el nivel asistencial: ***“Aprovechan los casos que llevan, para llegar a otras personas de ese núcleo familiar en situación de fragilidad: Está bien que tú recibas, que la gente te llame y te pregunte, pero para mí, está igual de bien que tú misma te ofrezcas”*** (G4j-18).

Consideran como un colectivo de gran riesgo al de las personas mayores y/o frágiles que viven solas en sus domicilios.

Como recursos a tener en cuenta, apuntan la importancia del voluntariado, que por otro lado ha sido y es uno de los pilares de Hurkoa y las redes sociales: ***“Y mucho voluntariado y mucha ayuda de la red vecinal”*** (G5TsA-42).

¹⁶ Como referencia, decir que Hurkoa atendió durante 2015 a un total de 543 personas, (de las cuales 268 eran mujeres y 275 hombres) de las que, a su vez, 57 lo fueron a través del Programa de Fragilidad (38 mujeres y 19 hombres). Según consta en la Memoria del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación de Gipuzkoa, del mismo año, el número de personas atendidas por ese Departamento ascendió a 27.381. Si cruzamos el dato con el del Censo de Gipuzkoa de 2014, la población mayor de 65 era de 146.064 personas. Si bien no podemos afirmar que este colectivo en su totalidad necesite ayuda y/o apoyo en su vida cotidiana, la cifra de las personas atendidas sólo supone el 18,75% de dicha franja de edad, de ahí la necesidad de explorar las necesidades de las personas de 65 años y más.

Recursos, que para ganar en efectividad deberían gozar de una buena coordinación.

En este apartado también se pone de relieve la problemática asociada a la situación de las personas con enfermedades mentales que viven en la calle y se plantea la conveniencia de desarrollar una red de Instituciones Intermedias que incluya servicios de poca exigencia que ofrezcan una atención profesional y continuada. Como ejemplo de las dificultades actuales se apunta a la paradoja que supone la atención a una persona que vive en la calle cuando tiene una crisis, su ingreso psiquiátrico no voluntario, es decir, con orden judicial y se preguntan por la eficacia de esta medida si tras ser dada de alta, esa persona vuelve a vivir en la calle. En estos casos, si bien es necesaria la atención en la crisis, ¿hasta qué punto es efectivo el ingreso involuntario? Puesto que entre el colectivo de los sin techo hay muchas personas con enfermedades mentales, consideran necesario el desarrollo de este recurso, ya que sacaría de la calle a muchas personas, pero inciden en que para ello se requiere de mucho trabajo y esfuerzo y también mucha dotación por parte de la Administración.

3.3.5. Quiénes deben estar implicados

En este apartado se ha querido explorar la opinión de las personas participantes sobre las entidades o personas que consideran responsables de la organización y gestión de los recursos necesarios para la atención a la fragilidad. Al respecto, la opinión general es unánime en considerar que la implicación de la Administración y de las Instituciones, tanto a nivel general como local, es decir, del autonómico al local es imprescindible. A renglón seguido se plantea que, para que la Administración pueda asumir lo que consideran es de su responsabilidad, también es necesario que la ciudadanía esté concienciada respecto del bien común y sea responsable con el pago de sus impuestos. También se exige de la Administración que sea responsable y eficiente en el reparto y gestión de los fondos públicos.

La implicación no debe corresponder en exclusiva a la Administración y la realidad lo pone en evidencia; prueba de ello son las diferentes Asociaciones y ONG's que de forma directa o indirecta trabajan con el colectivo de personas mayores y/o en situación de fragilidad representadas en el GºI. También se refieren a la sociedad en general: *"Lo ideal sería que el compromiso fuera de toda la sociedad"* (G4j-21). Hablan de una sociedad sensible y responsable. En este sentido se apuntan las ideas de reciprocidad y de conciencia social. Se da importancia a la red social informal y lo ejemplifican de la siguiente manera: *"Para educar a un niño hace falta toda la "tribu", yo creo que para cuidar a las personas, también". Creo que la Administración, el tejido asociativo, los vecinos, la familia,(....) La "tribu", la "tribu" concienciada"* (G1g-19). También son unánimes en remarcar que

se debe acabar con el “voluntariado recetado”¹⁷ al considerar que ni los objetivos de las diferentes Asociaciones ni su actividad están orientadas a la atención de personas con problemas de socialización y/o de salud mental.

La corresponsabilidad social se plantea como un elemento necesario y en este sentido se apunta a la conveniencia de sensibilizar a la sociedad para que se haga cargo de las personas mayores, poniendo en valor sus capacidades, sus aportaciones a la sociedad y su experiencia. Consideran que se debe realizar una sensibilización que englobe a los diferentes sectores profesionales que en un momento u otro pueden tener relación con personas en situación de fragilidad, como son, las diferentes Asociaciones y ONG’s como el Teléfono de la Esperanza, NAGUSILAN, la ONCE, la Cruz Roja, etc., También se cita a los Hogares de Jubilados, las parroquias, al Servicio Foral de Emergencias, la Policía Municipal y por supuesto, los sectores profesionales implicados como los Centros de Salud, las farmacias, la Banca, las notarías, el pequeño comercio de los barrios, todos ellos en coordinación con los Servicios Sociales de Base. *“Lo ideal sería que ante una situación de indicios, el notario te llamase y te dijera o derivase. Lo ideal sería que toda la sociedad, el conjunto de la sociedad en todos los ámbitos, tuviera esa sensibilidad; (...) la peluquería donde has ido a peinarte toda la vida.....”* (G4j-21).

De los testimonios recogidos se desprende la importancia que otorgan a la red social informal, lo que no está exento de dificultades en una sociedad como la nuestra en la que la “buena vecindad” puede chocar con el respeto de la privacidad. Sobre la discreción y la privacidad resulta interesante la explicación, que desde una cierta distancia cultural nos ofreció una de las participantes en uno de los G° F. Esta persona, que vino a vivir a Gipuzkoa desde otra comunidad autónoma, explica con claridad lo que para ella supuso esta particularidad cultural, tan nuestra y que por ello, nos pasa desapercibida. Explicaba que cuando llega a su nueva vivienda una de las vecinas le dice: *“Vas a estar fenomenal porque no te va a saludar nadie lo dijo como algo positivo, para señalar que no se iban a meter en mi vida, (porque), un gipuzkoano tiene espacios vitales (...) ésta es una sociedad donde funcionan las cooperativas que no funcionan en ningún sitio y nos vienen a estudiar canadienses, americanos, japoneses..... pero también se habla poco y se tiene un espacio vital grande”* (G3jv-34). Consideramos que éste es un factor que se debe tener en cuenta tanto para entender los comportamientos personales como en la planificación de los servicios.

Si bien la Administración es quien debe dotar de medios y recursos para la atención en este sector, se considera que es la sociedad en su conjunto quien debe estar sensibilizada y dar respuesta a la situación y para ello es necesario hacerla visible.

¹⁷ Con anterioridad ya se ha hecho referencia al “voluntariado recetado”

Al mismo tiempo, sería conveniente trabajar en la coordinación de todos los recursos existentes, evitando duplicidades y facilitando un flujo eficaz de derivaciones efectivas, en donde los Servicios Sociales de Base deberán tener la centralidad. En la atención a este colectivo, las diferentes Asociaciones y ONG's pueden colaborar y de hecho así lo hacen, pero en ningún caso pueden suplantar unas tareas profesionales para las que se precisa una formación previa, y dejan claro que tampoco ese es su deseo. Piensan que es fundamental la planificación de una buena coordinación entre las diferentes acciones del voluntariado y los recursos públicos.

Si bien es la sociedad en su conjunto quien debe ser sensible a las necesidades de las personas en situación de fragilidad colaborando en que su vida cotidiana sea mas amable, es imprescindible que los recursos actuales estén bien coordinados. Para ganar en eficiencia y efectividad es absolutamente necesario trabajar en la mejora de la coordinación del espacio socio-sanitario y desarrollar una coordinación con los espacios económico y jurídico. Un tema de especial preocupación es el relativo a la capacitación/incapacitación de la personas con enfermedades mentales, máxime cuando viven en la calle.

Actualmente, la atención a las personas mayores y/o en situación de fragilidad está siendo atendida, en un alto porcentaje, por las familias, y cuando hablan de familias, lo hacen pensando en las mujeres de la familia. Se alude a la responsabilidad moral que puede suponer el cuidado a terceros que asumen las mujeres. En este sentido se habla del riesgo de continuar "responsabilizando" a las mujeres del cuidado informal.

Proponen que cuando el cuidado informal sea asumido por un familiar, exista un reconocimiento del mismo, bien sea en términos monetarios o de tiempo y así, la persona que asuma el cuidado informal pueda beneficiarse de reducciones de jornada o de otras medidas de ese tipo, porque la realidad es que quienes asumen estas tareas lo hacen a costa de tener que desarrollar una doble (o triple) jornada. ***"Es verdad que es muy agotador, tanto atender a una persona con la salud mental deteriorada como atender a personas mayores. Y tener que hacerlo cuando sales de tu trabajo"*** (G5FG-51).

Cuando estas tareas no se asumen de forma voluntaria, el riesgo de maltrato es muy elevado. Y cuando se asume, el cuidado informal realizado en el domicilio debe estar apoyado y supervisado por los profesionales correspondientes. Cuidado formal e informal deben marchar de forma paralela y sin solapamientos. Para que se dé una colaboración efectiva debe contar con una buena coordinación y supervisión por parte del colectivo profesional correspondiente, que así mismo deberá cuidar de la persona que asume el cuidado informal, teniendo en cuenta que en el domicilio generalmente se carece del material necesario para la realización de las curas u otros procedimientos necesarios. Se entiende que quien asume el cuidado informal carece de los conocimientos profesio-

nales específicos para responder a las demandas y necesidades de una persona que necesita ser cuidada. De ahí la necesidad de supervisión y refuerzo.

Apuntan a que las medidas respecto del reconocimiento de los cuidados informales hay que analizarlas en función del ahorro que supone el cuidado informal en el gasto público del sector socio-sanitario. También hablan de la necesidad de mejorar la coordinación entre el Hospital y la Atención Primaria y de organizar bien las altas hospitalarias para que la vuelta al domicilio esté bien planificada. ***“Lo ideal es una responsabilidad en equipo de los diferentes servicios junto con la familia. Pero a veces, es muy difícil”*** (G5Eap-47). No se olvidan que en ocasiones es imposible, por ejemplo, cuando las personas están y/o viven solas. Porque no se puede obviar el hecho de que hay personas sin vínculos familiares o que aun teniéndolos no pueden asumir el cuidado de un familiar, como es el caso de la “claudicación familiar”.

Como una herramienta de colaboración con la Administración en esta tarea, se apunta a la posibilidad de crear un “Banco del Tiempo”, que junto con otros recursos, pueda coadyuvar en el desarrollo de una red asistencial efectiva. No obstante, surgen dudas y discrepancias al respecto, ya que se considera que esta es una herramienta de filosofía más mercantilista, similar al trueque y que el discurso general está más en la línea del desarrollo de la conciencia social y de la reciprocidad.

Un apunte sobre el voluntariado. Parece que éste ha descendido entre las personas de mediana edad y recién jubiladas quienes actualmente se orientan más hacia el “voluntariado familiar”, entendido éste como el papel social que en el momento actual desarrollan las abuelas y abuelos cuidadores: ***“No sé si lo notáis, pero con lo de cuidar a los nietos y sin la infraestructura familiar con la que se contaba antes, igual ha bajado un poco”*** (G5TsR-58). A este respecto, se apunta la conveniencia de preservar a abuelas y abuelos de la “obligación moral” de cuidar de nietas y nietos. También en este ámbito, la decisión personal debe ser escrupulosamente preservada y respetada.

Para finalizar, un último apunte sobre una problemática que desde los sectores social y sanitario detectan que va surgiendo en los últimos años, es el de las familias “abandónicas”. Las denominan así en referencia a que: ***Alguna gente cree que la responsabilidad (única) de atender a mi padre, a mi hermano con enfermedad mental es de la institución”*** (G5TsR-56).

3.3.6 La respuesta actual

Nos ha interesado recoger la valoración que desde los diferentes G^ºF. rea-

lizan respecto de la forma en que social e institucionalmente se responde a las situaciones de fragilidad. En general, y teniendo en cuenta que con los recursos actuales no es posible cubrir las necesidades existentes y por tanto, hay carencias al respecto, la valoración general es buena y sostienen que los recursos existentes, con sus deficiencias, son efectivos. En la medida en que desde el ámbito institucional, a quien se considera como el sector que debe ostentar la máxima responsabilidad al respecto, no es posible cubrir todas las necesidades y demandas, piensan que se carga demasiada responsabilidad en la solidaridad de la sociedad. Dicen que quien debe responder ante las situaciones de fragilidad debe ser, en primer lugar, la Administración y a renglón seguido añaden que la realidad es otra, y lo ejemplifican haciendo un paralelismo con otra situación de precariedad que comporta fragilidad: *“Bueno ahora está el tema de que hay muchas familias que tristemente no pueden comer, y todos apoyamos al Banco de Alimentos, que el Banco de Alimentos hace una labor magnífica, pero lo ideal es que no tenga que existir el Banco de Alimentos”* (G1nI-20)

Esperan y confían en que el desarrollo de la Cartera de Servicios Sociales, en ese momento todavía por desarrollar, mejore la situación actual y facilite un mejor abordaje de esta problemática. Piensan que: *“todo esto ya está plasmado en un borrador, lo que falta es que se pongan de acuerdo en quien financia qué”* (G3c-28).

Por su importancia, se quiso recoger la opinión de las personas implicadas respecto de su propia experiencia personal y si desde su punto de vista, se respondía de forma efectiva a sus necesidades. Como ya se ha señalado, algunas de estas personas, prácticamente la mitad, desconocen los recursos, tanto los existentes como a los que pueden tener acceso y curiosamente, el grupo en general, tanto los que se han preocupado de saber qué es lo que existe, como los que no, manifiestan de forma indirecta un deseo de no necesitarlos. Su ambivalencia puede estar relacionada con el hecho de que tener que recurrir a ellos es la evidencia una merma en sus capacidades y en su autonomía. Y evidentemente, eso a nadie nos gusta. Una persona de 77 años, bien informada dice al respecto: *“Yo no he dado un paso por enterarme”* (G2J-22). Explica que sabe qué es lo que deberá hacer en caso de necesidad, pero prefiere que esa situación no llegue nunca.

Quienes tienen a otras personas a su cargo, responsabilidad que pesa y preocupa, piensan que esas personas tienen más necesidades que las suyas propias. Una de las participantes en este mismo grupo, quien tiene un hijo con enfermedad mental, insiste en que para ella, la prioridad es su hijo: *“Yo tengo familia y tengo relación con todos, pero no me pueden echar un cable, están lejos, están en XXX y lo que he pedido, por ejemplo, ha sido para el internamiento de mi hijo que no esta bien”* (G2M-23). Se le pregunta directamente si en alguna ocasión ha pedido algo para ella y la pregunta incluso le extraña: *“Yo de momento, para mí no he pedido nada, no he pedido nada!”* (G2M-23). Lo mismo sucede con otra persona, que estando en

situación de fragilidad cuida de otros dos familiares y al hilo de la respuesta anterior, apostilla: *“Yo tampoco (he pedido para mí). Tengo una hija, hace su vida y viaja mucho, pero digo yo ¿y si me pasa algo? (...) porque son unas mujeres a las que hay que cuidar (son mayores y con salud precaria)”* (G2F-23).

3.3.7 Lagunas actuales y situaciones más preocupantes.

Hasta este momento, se han explorado algunos de los aspectos de la situación actual respecto de las necesidades de las personas en situación de fragilidad así como sobre la respuesta que desde lo Institucional, lo social y lo familiar se da al respecto. Las personas que han participado en los diferentes G°F. conocen –exceptuando a algunas de las personas del G°F.2– con mayor o menor profundidad los recursos existentes. Hablan de la dificultad que supone la dispersión de competencias y las consiguientes trabas que surgen a la hora de solicitar y gestionar las ayudas necesarias. Apuntan a la conveniencia de aunar la planificación de los recursos de los 3 Territorios Históricos de la Comunidad, desconociéndose la posible existencia de un Plan de intervención en este ámbito. Se considera que Euskadi es una sociedad mayoritariamente concienciada, sensible y solidaria, con una tradición de colaboración, uno de cuyos ejemplos tradicionales es el del Auzolan. Piensan que vivimos en una sociedad donde la gente aporta dedicación y dinero a las Asociaciones que se dedican a estas tareas asistenciales: *“La sensibilidad exige también responsabilidad”* (G3jv-30). Pero la sensibilidad, si bien es necesaria, no es suficiente. Para que sea efectiva, debe ir acompañada de una buena planificación y coordinación entre todos los recursos existentes, tanto de los que dependen de las diferentes Administraciones como de los que gestionan las diferentes Asociaciones y ONG’s que trabajan en el sector.

3.3.7.1 Las lagunas actuales.

Puesto que se había realizado una valoración positiva de los recursos actuales y que éstos habían sido considerados insuficientes, se creyó conveniente explorar cuáles eran los espacios en que se entendía resultaba conveniente mejorar la atención actual y cuáles de ellos era preciso implantar. No obstante, opinaban que la situación en la CAPV es mejor que la del resto del estado.

Como ya se ha dicho existe una gran preocupación por realizar una detección precoz de necesidades, aunque también preocupa que los recursos actuales sean insuficientes: *“Me preocupa mucho que los Servicios sociales no lleguen hasta lo que está estipulado que tiene que llegar”* (G1nl-22). En este mismo G°F. se apunta la conveniencia de poder contar con un voluntaria-

do con el que hacer frente a las necesidades que en este momento no es posible atender desde lo Institucional. Se refieren principalmente a la necesidad de acompañamiento, para poder paliar “las soledades”, tanto las de las personas que viven en sus domicilios como de las que viven en las Residencias para la Tercera Edad. También desde los Servicios Sociales se reclama una mayor dotación de recursos humanos en el sector social para poder llevar a cabo su tarea en mejores condiciones y así, hacerla más efectiva. Saben bien qué es lo que deben hacer, dicen que sobran estudios sobre modelos de trabajo, caros y realizados por empresas privadas pero echan en falta una mayor dotación de personal: **“Necesitamos más gente trabajando”** (G5TsA-43). Sugieren que en la planificación de la atención de las personas mayores frágiles sería conveniente conocer las experiencias desarrolladas en otros países.

La detección precoz de la fragilidad, llegar a las personas mayores y muy mayores que viven solas en sus domicilios y no demandan, a las que hemos denominado “invisibles” se hace imprescindible. Poder llegar a ellas ayudará a que estén informados de los recursos existentes y permitirá que tengan la atención que necesitan y merecen, y así poder disfrutar más y mejor de su autonomía, e indirectamente, y no por ello menos importante, se podrá minimizar el riesgo de que sufran maltrato. En definitiva, superar las dificultades para llegar a las personas mayores y/o en situación de fragilidad y a las que viven solas. En esta misma línea y desde el área de la banca, manifiestan la conveniencia de establecer protocolos de actuación para atender a este colectivo para que tras su detección se realicen las derivaciones oportunas que aseguren su salvaguarda, una vez más, superando las limitaciones impuestas por la problemática asociada a la confidencialidad, que en la actualidad, limita el desarrollo de un trabajo coordinado entre las áreas social, sanitaria y jurídico-bancaria.

Otra de las áreas que consideran debe ser desarrollada y fortalecida, es la coordinación planificada y efectiva entre los profesionales que trabajan en los diferentes recursos existentes y al mismo tiempo el desarrollo una Red Asistencial coordinada. Conviene emprender un trabajo en profundidad para mejorar la coordinación entre los diferentes recursos, lo que redundará, de forma importante, en el aumento de su efectividad. La coordinación no puede estar sustentada exclusiva o mayoritariamente en la buena voluntad y el buen hacer profesional. Se deberá contar con una buena planificación para establecer flujos de derivaciones efectivos. Con este objetivo se deberá trabajar con los diferentes colectivos de profesionales implicados, tanto en temas de sensibilización como de planificación. Así mismo, sería conveniente ampliar el trabajo de sensibilización hacia otros colectivos profesionales y servicios así mismo implicados, como son, las policías locales, la Ertzaintza, los comercios de barrio, las farmacias... Como idea, hablan de la implementación de espacios de encuentro que faciliten el acercamiento de los diferentes agentes implicados, a fin de co-

nocer y compartir el trabajo y las dificultades de los profesionales de otros sectores, y así llegar a entender mejor sus demandas y sus dificultades.

Como prioridad se recoge la necesidad de mejora en la colaboración entre el sector social y el sanitario; actualmente, la transmisión de información entre estos sectores no es ágil. No obstante, algo se va haciendo; los programas que comienzan a ponerse en marcha ofrecen algunas posibilidades como por ejemplo, desde lo sanitario, poder llegar a las personas de 85 años y más: ***“A través de la Trabajadora Social nos llega el listado de pacientes de más de 85 años que en los últimos 5 años no han tenido contacto ni con los Centros de Salud ni con los Servicios Sociales”*** (C5Eap-10). A partir de aquí se les contacta por teléfono para saber si han cambiado de domicilio y si no, para ofrecerles asistencia. Dicen que en los casos en los que así se hace, las personas mayores lo agradecen. Se reclama una coordinación seria y planificada entre los sectores social y sanitario.

Las carencias en la coordinación son evidentes y se echan en falta: ***“Nos falta la retroalimentación de saber qué ha pasado desde que hemos derivado hasta que ha llegado (...). Cuando sí la tenemos, pues te quedas con buen sabor de boca de saber que esa persona está encauzada”*** (GInI-23). La efectividad de las derivaciones es una preocupación fundada y el seguimiento de los casos es una asignatura pendiente. Su realización permitirá reducir las intervenciones segmentadas y las duplicidades y redundará en la calidad y efectividad de los servicios. La coordinación entre las diferentes Administraciones, los diferentes recursos y actores sociales es un importante tema de preocupación.

Uno de los escollos que limitan el desarrollo de un trabajo coordinado es el de la transmisión de la información. La Ley de Protección de Datos, que nadie critica ni pone en cuestión, debe ser una herramienta y no un obstáculo que impida o limite un trabajo coordinado y en red. Ésta es una cuestión que debe ser tratada en profundidad para articular soluciones que faciliten tanto el flujo de información como el respeto de la confidencialidad de la información y la salvaguarda de la privacidad individual. Se recuerda que el secreto profesional es una buena herramienta, que con este fin debe ser bien trabajada y utilizada.

Se lleva ya un tiempo trabajando en la coordinación entre los diferentes niveles de atención del área sanitaria. Puesto que se analiza la fragilidad en su conjunto, a los problemas de salud añadidos a la fragilidad se les debe otorgar la importancia que tienen. En las hospitalizaciones, se dan casos de personas en situación de fragilidad que están solas y convendría ser sensibles hacia sus necesidades, tanto durante su proceso de hospitalización como a partir del alta hospitalaria, valorando su capacidad y posibilidades para hacer frente a sus necesidades en la vuelta al domicilio paliando, en la medida de lo posible, su soledad (o sus soledades). El momento del alta y la vuelta a casa puede plantear situaciones problemáti-

cas e incluso desembocar en situaciones críticas cuando esta circunstancia no ha sido prevista y/o no se han valorado las necesidades, tanto las relativas a la atención de su salud, de la necesidad de recursos técnicos y de cuidados, así como las sociales y las relativas a las condiciones materiales de la vivienda. Recuerdan que el regreso al domicilio tras un alta hospitalaria de las personas que viven solas: ***“Es un motivo alto de ingreso en la Residencia”*** (G5TsR-54).

También se debe tener en cuenta el cuidado informal y cuando exista, estructurar su reconocimiento y su apoyo. Normalmente son las mujeres de la familia quienes lo asumen, pero en cualquier caso, se deberá apoyar y reconocer esa función: ***“Porque esa mujer o esa familia (...) está asustada, está insegura, (...) no tienen un conocimiento de qué hacer, en qué momento y todo eso crea una angustia importantísima que nos trasladan a nosotras al día siguiente”*** (G5Eap-53). Quien así se expresa es una profesional de Atención Primaria. Y es que, efectivamente, los tiempos de hospitalización cada vez son más cortos, por lo que piden a la Administración sanitaria que dote de los recursos necesarios, tanto a Atención Primaria como a las familias, para que la atención domiciliaria pueda ser realizada de forma correcta. Qué duda cabe que una cama de hospital tiene un coste elevado, pero lo que no se puede pretender es abaratar costes cargando a las familias de una responsabilidad para la que ni tienen medios ni están preparadas, ni a la Atención Primaria de más trabajo del que actualmente tienen, y así nos lo explican: ***“Para que el coste-efectividad hospitalario sea más barato, a los pocos días, o a las 24 o 48 horas, todo el mundo fuera, y claro, ¿todo eso dónde rebota?”*** (G5Eap-52). Por estos motivos conviene reforzar la coordinación entre el hospital y la Atención Primaria, para que, previo al alta hospitalaria, se valore la situación en el domicilio (tanto respecto de la accesibilidad, medios técnicos y humanos como de más necesidades de cuidado) y si la vuelta es posible, se informe a la persona y a quien vaya a cuidarla en el domicilio, de los recursos que puede utilizar, dónde y a quién se puede dirigir o llamar por teléfono en caso de urgencia o de duda.

Se considera urgente el despliegue de la Ley de Servicios Sociales, sobre todo la Cartera de Servicios. Ésta es una de las prioridades, ya que: ***el espacio socio-sanitario está muy verde”*** (G3c-28). Este tema resulta prioritario y es una preocupación manifestada en todos los G^ºF.

El G^ºF. 3¹⁸ hila más fino al plantear un problema de tipo más bien teórico y metodológico que en ese momento tenían sobre la mesa, es un tema que les preocupa y que consideran debe ser abordado. Se refieren a la definición y delimitación de la cuestión: ***“Saber dónde está el límite entre un caso frágil y un frágil-incapaz”*** (G4j-23). También exponen la dificultad inherente a los casos en los que la demanda ha sido realizada de forma indirecta y en estas situaciones, la conveniencia de dar el tiempo suficiente para la

¹⁸ El compuesto por trabajadoras y trabajadores de Hurkoa.

creación y establecimiento de un vínculo que facilite el desarrollo de una relación de confianza entre la persona a atender y quien lo debe hacerlo. Para esto, el tiempo es importante: *“son 5 minutitos 85 veces”* (G4j-24).

Otra de las cuestiones que plantea este mismo G°F. es el de las personas “tutoras en fragilidad”, para las que reclaman una mayor sensibilidad, un mejor abordaje y un aumento de los recursos para su atención.

Así mismo, hablan de la necesidad de aumentar la oferta de alojamientos para personas mayores autónomas. Los que en su momento se crearon están siendo utilizados por otros colectivos que también los necesitan. Se considera que, en la medida en que se pueda, se aumente el número de alojamientos de este tipo ya que ello mejorará las condiciones de vida de las personas mayores que actualmente viven solas en sus domicilios (en ocasiones con alquileres altos, en pisos no acondicionados y con mala accesibilidad, tanto en la vivienda como en el barrio). Una mayor oferta ayudaría a que las personas en estas circunstancias tomaran la decisión, siempre difícil, de trasladarse a ellos, dejando su domicilio, mejorando así sus condiciones de vida y de atención. Ésta es una cuestión que preocupa y a la que convendría buscar solución a corto plazo.

Los avances tecnológicos dificultan la gestión del día a día de las personas de mediana edad que no han desarrollado las habilidades necesarias para servirse de ellos y tienen una mayor incidencia en el caso de las personas mayores y muy mayores. Las nuevas tecnologías están presentes en la actividad cotidiana y son tareas para las que se requiere un entrenamiento y además, para su utilización, las personas mayores necesitan de un tiempo mayor. Se sugiere que el apoyo y entrenamiento de las personas mayores en las nuevas tecnologías puede ser una de las tareas a desarrollar por el voluntariado: *“El acompañamiento, pues en determinadas situaciones de gente muy mayor que han perdido, digamos, el enganche a la vida, a la actualidad, a manejarse en lo que tiene que ver con sus cuentas, con la tecnología, con los comercios,”* (G5AsA-48)

En este apartado y como no podía ser de otra manera, se alude a la situación de las personas con enfermedades mentales. Tanto desde lo social como desde lo sanitario consideran que el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD): *“es una herramienta de corte muy medicalizado”* (G5AsA-7). Por este motivo, margina a las personas con enfermedades mentales, ya que este colectivo no suele tener patologías físicas que limiten su autonomía funcional, su problema estriba en que su patología les limita o les incapacita en la gestión de la misma de forma autónoma. La mejora en la atención a las personas con enfermedades mentales y el aumento de recursos destinados a su asistencia es una demanda generalizada, señalando que también deben ser tenidas en cuenta sus necesidades tanto cuando enferman por causas físicas como cuando envejecen. Y por

supuesto, y al igual que sucede con el resto de colectivos en fragilidad, contar con el seguimiento y el acompañamiento que precisen.

De forma mayoritaria se reclama una reflexión teórica y un nuevo planteamiento de base para reorientar la atención a las personas con enfermedades mentales, con especial énfasis respecto de aquellas que, además, se encuentran en situaciones de exclusión social. Apuntan la necesidad de desarrollar un modelo socio-asistencial para personas con enfermedades mentales, de todas las edades. Desde lo social y lo sanitario se demanda la creación de recursos de baja intensidad de exigencia para estas personas ya que se deben adecuar las características de los recursos a la idiosincrasia de este colectivo: *“A nosotros nos pasa ahora que los recursos que tiene Diputación para exclusión (social), el requisito es que tienes que estar altamente motivado; (...) con ese ya no tengo problema!! Pero se confunde, a veces, muy baja exigencia al usuario y poco profesional, y es que es al revés, si quieres iniciar un proceso, (debe ser de) muy baja exigencia al usuario y mucha intensidad de apoyo. Eso supone que ese que no va a aceptar, en inicio, ninguna condición, requiere que tú le ofrezcas mucha intensidad de apoyo para que poco a poco vaya entrando, se vaya vinculando y vaya viendo la ventaja de”* (G5TsA-44). Desde lo sanitario, comparan los problemas asistenciales de este colectivo con los propios de la atención a las personas con patologías crónicas y/o con adicciones: *“si la premisa es que no vuelvas a reincidir y si reincide no le atiendes, pues mal empezamos! (...) No es un fracaso desde el punto de vista profesional, es una dificultad con la que trabajar”* (G5Map-45). Como herramienta, hablan de la negociación y de los pactos, teniendo en cuenta que estos se pueden incumplir, siempre con consecuencias, pero: *“dejando una puerta abierta, porque igual dentro de dos meses decide motu proprio que quiere venir”* (G5Eap-46).

Desde el área jurídica apoyan esta demanda y lo hacen mostrando lo que consideran es una dificultad añadida en referencia a la situación de las personas con enfermedades mentales y sin domicilio fijo, cuando entran en crisis y necesitan ser hospitalizadas. Explican que para realizar un internamiento no voluntario se requiere de una orden judicial. Por experiencia, dicen que el ingreso involuntario no es suficiente. No es suficiente atender exclusivamente las situaciones de crisis ni los problemas/necesidades físicas de este colectivo. Es necesario contar con otros recursos asistenciales que les ofrezcan una atención continuada, del tipo de las ya mencionadas, como son las instituciones intermedias con programas de baja intensidad: *“Está en la calle, lloviendo, con frío, pero el de la ambulancia dice, yo no puedo ingresar involuntariamente a una persona si no tengo autorización judicial; (...). Ingresar involuntariamente a una persona es complicado, y si es una persona que vive en la calle y se le ingresa involuntariamente y después no hay algún otro recurso que mantenga a esa persona Para que vuelva a la calle y otra vez a lo mismo, no hago un ingreso involuntario!!. Es la pescadilla que se muerde la cola y es una situación complicada* (G3c-28). La indefensión y la necesidad de recursos para el colectivo, queda puesta en evidencia.

Por su especificidad, se pide a la Administración en sus diferentes niveles y servicios, que desarrolle una mayor sensibilidad hacia las personas que como nos dicen, se sitúan en los “espacios grises”, es decir, aquellos que desde el punto de vista de la gestión de los recursos sociales, “no son de nadie”.

Para finalizar se lanza como sugerencia, la conveniencia de animar a las personas mayores a seguir activas y a participar más en las tareas de voluntariado y así mismo, la de “enganchar” a la gente joven en este tipo de tareas, les cuesta más estar con personas de más edad y generalmente optan por otro tipo de voluntariado.

3.3.7.2 Situaciones más preocupantes.

En este apartado quisimos explorar aquellas cuestiones o parcelas asistenciales que además de ser deficitarias eran consideradas por nuestros informantes como prioritarias. Quizá algunas de las sugerencias que aquí se recogen han sido ya planteadas en otros apartados, no obstante, recogerlas como preocupantes y prioritarias parece conveniente puesto que se enfatiza sobre ellas y pueden ser tomadas como sugerencias a la hora de planificar la atención de necesidades así como en la priorización de las mismas.

Nos hablan de su preocupación porque los Servicios Sociales no puedan llegar hasta donde debieran. Consideran que el trabajo de planificación que se ha realizado es bueno pero no se cuenta con la suficiente dotación para llevarlo a cabo. Y esto lo dicen desde las Asociaciones de Voluntariado, quienes añaden que la centralidad de la atención debe corresponder a los Servicios Sociales con quienes las Asociaciones pueden y deben colaborar, por lo que reclaman: *“unos servicios sociales bien dotados y “la tribu” organizada, yo de verdad, es lo que creo, porque es responsabilidad de todos”* (G1g-23). También apuntan que sería deseable que el perfil de las personas voluntarias fuera acorde con los objetivos de la Asociación con la que vayan a colaborar y así se acabará con el “voluntariado recetado”. Y en la medida de lo posible, poder trabajar con una perspectiva de futuro y no en exclusiva “apagando incendios”, esto es, atendiendo solamente la problemática más urgente: *“Se ataca cuando hay un problema, no cuando hay una posibilidad de...”* (G4s-25)

También ponen sobre el tapete la pertinencia de desarrollar una red socio-sanitaria operativa y su consiguiente coordinación. En todo el estudio ha estado presente la necesidad de trabajar en la mejora de la coordinación de los diferentes niveles asistenciales así como entre lo social y lo sanitario. Piensan que se avanza demasiado lentamente: *“En inicio, es un esfuerzo el coordinarse, hasta que descubres que al final es más eficiente, incluso puede quitar trabajo a ambas partes y además, mejoras en la interven-*

ción” (G5TsA-16). La coordinación efectiva entre todos los recursos y los diferentes agentes sociales implicados es un tema a trabajar con urgencia. Al hilo de lo anterior, la unificación de los recursos en los tres Territorios, para que cualquier persona, con independencia del lugar de la CAPV en el que resida, pueda tener acceso a la misma cobertura de atención socio-sanitaria se considera una necesidad urgente e ineludible.

Como primera preocupación respecto a las personas en situación de fragilidad se apunta la necesidad de agilizar la detección de aquellas que aun necesítandolo, no solicitan ayuda, no se acercan a los Servicios Sociales, en otros términos, llegar lo antes posible a las personas “invisibles”. Así mismo, hacer un seguimiento de casos, que entre otras cosas, evite la “desaparición del sistema” de personas en situación de fragilidad (en referencia a quienes han tenido una relación previa y durante un corto o largo periodo, que pueden ser años, y que a partir de un momento, no se ha vuelto a tener relación con ellas). En definitiva, ofrecer atención temprana a las personas en fragilidad así como a: ***“las personas mayores cuya familia ha claudicado, que están solas o que están solas y aisladas”*** (G5TsA-62).

Para las personas en situación de fragilidad la soledad y la falta de atención son sus principales preocupaciones y el objeto de sus demandas, junto con el de la fragilización de su salud, mayor en los casos de quienes a su vez cuidan de otras: ***“La soledad, que venga alguien que me reconforte un poco... (...) Yo reconozco que la soledad es triste”*** (G2M-23/24). Imaginaban que la vejez no iba a ser una etapa fácil en sus vidas, pero a día de hoy la soledad, su soledad les pesa: ***“Yo ya sabía que iba a ser triste la soledad, pero más triste es no tener a quien contárselo!”*** (G2C-24). También hablan de su miedo a morir solas y a que nadie se entere de su fallecimiento. La atención de la soledad, lo que hemos venido a denominar como “soledades” de las personas mayores, tanto las institucionalizadas como las que no, es un tema recurrente y prioritario.

Se apunta también a las personas mayores que reciben un trato inadecuado o sufren maltrato, como por ejemplo, quienes sin tener un deterioro físico importante: ***“sin problemas de movilidad que les impida seguir conectadas a la vida y a la comunidad, por factores de deterioro cognitivo o de salud mental, tienen dificultades para manejarse por sí solas y están, de alguna manera, “secuestradas” emocionalmente, económicamente, o vinculadas a una figura de cuidadora única o principal que está ejerciendo sobre ellas un cuidado que no es deseable”*** (G5TsA-4).

Sobre las Residencias de la Tercera Edad, sería conveniente mejorar su calidad asistencial, yendo más allá de asegurar las condiciones físicas, de alimentación higiene, etc... También se apunta la mejora en la oferta de actividades de los Centros Sociales para mayores y la mejora del transporte público que facilite sus desplazamientos.

Las altas hospitalarias y la consiguiente vuelta al domicilio tras una hospitalización de las personas frágiles y/o sin recursos suficientes en sus

domicilios es otra de las áreas a mejorar. Desde los Servicios Sociales municipales se reclama una mejor coordinación: *“Para nosotras es un hecho importante cuando vuelven al domicilio; entonces saltan todas las alarmas porque ahí se descubre que están solos, que no tienen ningún apoyo familiar, (...) y benditos vecinos, porque todavía es impresionante lo que cubren los vecinos”*. (G5TsA-15).

Muchas de las situaciones consideradas a día de hoy como más preocupantes, con anterioridad estaban asumidas por el núcleo familiar y en el seno de una familia extensa, pero en las últimas décadas las estructuras familiares, el mismo concepto de familia ha ido cambiando y ha puesto al descubierto nuevas necesidades: *“El concepto de familia ha cambiado mucho (...) ahora, la forma de entender la familia es como más individualista”* (G4s-26). Hablando de familias, se remarca la problemática específica de las personas tutoras en fragilidad, para las que reclaman una planificación para la atención de sus necesidades y para apoyarles en la gestión de su trabajo y de su responsabilidad, asesorándoles y acompañándoles a fin de que puedan realizar una planificación conjunta orientada al traspaso progresivo de la “obligación moral” de la tutela que facilite una transmisión no traumática de su función: *“Si hacemos las cosas poco a poco y nos hacemos sensibles al sufrimiento, tanto del tutor como de la persona tutelada, yo creo que podemos mejorar o paliar los daños”* (G4j-29).

La vivienda es otra de esas situaciones, ya que, a la soledad a la que se ven avocadas las personas en fragilidad que viven solas, se suma el hecho de que en nuestra zona, los alquileres son altos y se llevan una buena parte de las pensiones, de la economía de estas personas. La baja oferta de Pisos Tutelados para personas autónomas dificulta la decisión de abandonar el domicilio. Los Pisos Tutelados ofrecen una alternativa intermedia entre el domicilio y las Residencias para la Tercera Edad; permiten mantener la autonomía y la privacidad que tanto reclaman. El aumento de la oferta de Pisos Tutelados animaría a muchas de las personas en situación de fragilidad a tomar la decisión de dejar de vivir solas –y con riesgo- en sus domicilios. Al mismo tiempo, estarían mejor atendidas y posiblemente con un menor coste. Este es un tema que necesita de una reflexión teórica en profundidad.

También se considera prioritario sensibilizar e informar a la población, dar a conocer los recursos sociales existentes y su forma de acceso, ya que hay recursos que, por desconocimiento, no se utilizan. Así mismo, ofrecer una mayor y mejor formación a la sociedad sobre el tema, que se conozca más y mejor, acercando a la sociedad la problemática asociada con la fragilidad. Las personas en situación de fragilidad solicitan poder llegar a la información sobre los recursos existentes, tanto los relativos a los Servicios Sociales como sobre aquellas otras cuestiones legales, importantes en esta etapa vital, que pueden ayudarles a planificar su futuro, como son, la forma de realizar un testamento, el testamento vital o los poderes preventivos, la tutela y sus condiciones u otros aspectos relevantes.

Respecto de los diferentes sectores profesionales implicados, se propone fomentar la sensibilización y la creación de puntos de encuentro que faciliten el entendimiento entre profesionales de los diferentes campos implicados.

Desde el sector bancario, desarrollar protocolos de detección y derivación de los casos de fragilidad ya que se considera a estas entidades como un buen observatorio para la detección del comienzo de los procesos de deterioro cognitivo, idea que se refuerza desde otros sectores, desde los que se solicita la implicación de esas entidades: *“Ese cambio lo detectan mucho en las entidades bancarias (...) cuando empiezan a ir un montón de veces, cuando empiezan a dudar ... a no controlar”* (G5TsA-17).

Relacionado con la tecnología, el abordaje de la fragilidad fruto de la “brecha informática” que limita la autonomía de las personas, sobre todo de las de más edad. El aumento de los trámites informatizados y vía internet margina a quienes tiene dificultades para usarlos: *“Si no sabes manejar un móvil, no tienes whatsApp, no sabes manejar internet y no sé qué, en un momento puntual de tu vida puedes sentirte frágil, te han echado, estás fuera. Ahora mismo, estás aislado del mundo”* (G4a-27).

La “validez social” de las personas después de la jubilación. En este mismo sentido se recogen varios ejemplos que nos recuerdan: *“Es que nos jubilamos de la vida profesional, no de la vida”* (G1nI-27)

Para mejorar la atención a las personas en situación de fragilidad, nos plantean la conveniencia de desarrollar una herramienta que permita la valoración de las necesidades de estas personas al objeto de poder realizar una detección precoz y mejorar su atención. A recordar que el objetivo último de este estudio es el desarrollo de un Plan de Atención cuyo principio rector sea el respeto de la dignidad, de la voluntad y las decisiones de este colectivo.

Y como no podía ser de otra manera, abordar de forma urgente la atención a personas con enfermedades mentales y/o viviendo en la calle: las personas con enfermedades mentales *“personas afectadas por enfermedades mentales, personas con consumo (drogas), en la calle o sin un entorno familiar o social; los recursos con los que se está respondiendo a estas situaciones no son los idóneos, al final son medidas de parcheo y no están siendo atendidos adecuadamente”* (G3c-30).

Y todo ello, entendiendo que las personas en situación de fragilidad deben ser respetadas en todo momento, aunque en ocasiones no sea fácil, sobre todo cuando surgen discrepancias entre su decisión y la opinión de quienes les atienden. El respeto de su dignidad, de sus valores y de sus decisiones debe guiar todo tipo de planteamientos. Y por supuesto, como seña de identidad cultural y aunque resulte redundante, deberemos ser discretos y respetuosos con la información.

3.3.8. Necesidades de las personas en situación de fragilidad

Como al comienzo se explicó, el G°2 de este estudio, estaba compuesto por personas en situación de fragilidad. Sus opiniones, surgidas de su experiencia previa y de su vivencia actual, así como de la circunstancia de que la previsión de su futuro haya sido planificada o no, nos ha proporcionado un material a través del cual explicitan sus necesidades reales a corto y medio plazo. No han realizado grandes reflexiones teóricas ni demandan la planificación de unas megaestructuras. Nos hablan de su realidad y de sus necesidades. Son personas que en su totalidad y con independencia de su edad, sus necesidades y problemas de salud, vivían en sus domicilios pero intuían, se puede decir que temían, que en un futuro no muy lejano tendrían que optar por otras soluciones de alojamiento. Debido a ello manifestaban su opinión sobre los recursos en general, aunque en su mayoría y por el momento, no los utilizaban, bien por no tener necesidad o bien porque habían optado por otras soluciones. Su principal preocupación estaba relacionada con la progresiva pérdida de su autonomía, la dificultad progresiva de manejarse en el día a día y en consecuencia, hasta cuándo iban a poder mantenerse viviendo en sus domicilios. Así, se referían a las Residencias para la Tercera Edad y los Centros de Día existentes, única alternativa conocida, considerando que por su localización, limitaban su autonomía, su independencia. Deseaban poder contar con: *“Centros de asistencia de medio día o de día, pero tendrían que estar en el barrio y más ampliados (que hubiera más); no tendrían que estar en el extrarradio”* (G2-19). Por estos motivos, no consideraban que era una buena alternativa para ellas.

Las personas que componen nuestras redes sociales, en una buena parte, son individuos que pertenecen a una misma franja de edad, de una edad similar a la propia, debido a lo cual la red social informal envejece de forma paralela a la propia. Conscientes de ello, manifestaban su deseo respecto de que su decisión de ir a un Centro de Día o a una Residencia siguiera permitiéndoles el mantener sus relaciones sociales y su actividad, poca o mucha, en su entorno habitual. Por este motivo, reclamaban que estos recursos asistenciales estuvieran cerca de su lugar de residencia habitual: *“Que puedas salir y hacer una vida normal”* (G2-20).

Las Residencias merecen una opinión ambivalente, ya que por un lado entienden que les ofrecen protección pero por otro, piensan que les aislarán y limitarán su autonomía. Consideran fundamental que en ellas se les permita mantener su autonomía en una situación en la que consideran les ofrece más protección que viviendo en su domicilio, en soledad y/o en compañía de otras personas de su misma edad y situación y así lo expresan: *“En comunidad con el resto de la gente”* (G2C-20). Esto es, poder contar con las ventajas de no tener que preocuparse por la gestión del día a día (limpieza y mantenimiento del domicilio, cocinar, hacer las compras, aseo personal, gestión de la salud, ...) y a la vez: *“Pero con independencia, con una cierta independencia”* (G2J-20). Esta independencia que reclaman

está en estrecha relación con la posibilidad de continuar gozando de un espacio privado: *“Y con habitación individual, el resto no importa”* (G2V-20).

Saben que en la actualidad esto no es posible ya que, salvo excepciones, por lo menos en Gipuzkoa, la mayoría de las Residencias para las personas mayores se ubican en los extrarradios y en la mayoría de ellas se debe compartir la habitación. Sobre su ubicación apuntan como idea la posibilidad de reutilizar como Residencias y Centros de Día, los edificios que las diferentes Administraciones poseen en el centro de la ciudad y van liberando de uso y quedan vacíos. Varias personas del G^o1 viven en el Barrio de Amara de Donostia y recuerdan que los edificios de Podavines y del Gobierno Civil se encontraban vacíos. En el momento en el que se redacta este escrito, por desgracia, ya se le ha dado otro uso a uno de estos edificios, pero es de destacar lo que una de las personas de ese grupo decía respecto del edificio que fue la sede del Gobierno Civil de Gipuzkoa. Decía que está a pie de calle, rodeado de jardines, en la mitad del barrio y muy cerquita del Centro de Salud... La propuesta está hecha. Ahora toca a la Administración reflexionar y decidir sobre el tema.

No obstante, son realistas y saben que, de momento, no es posible contar con Residencias ubicadas en sus barrios que les ofrezca una atención y una supervisión conforme a sus necesidades y al mismo tiempo, poder mantener su actividad gozando de su independencia. Son conscientes de que, llegado el momento, deberán adaptarse a la realidad y adecuar sus necesidades y deseos a la situación real y a las características de los recursos existentes. Ésta es una de las principales razones por las que consideran que las Residencias para la Tercera Edad no son una alternativa para ellas y ellos: *“Yo creo que por eso, todos queremos quedarnos en nuestras casas, con nuestras cosas, hasta... que se pueda!”* (G2-21). Y aunque resulte contradictorio, una de las cuestiones que más les preocupa es la soledad, su soledad y su desvalimiento.

3.3.9 Proyectos en marcha y a futuro

La preocupación por la atención a las personas en situación de fragilidad no es nueva ni exclusiva de Hurkoa. Desde lo institucional, tanto desde lo social como desde lo sanitario se van dando pasos y se van desarrollando áreas que van estructurando la atención de las personas mayores y en situación de fragilidad. Qué duda cabe que sería deseable contar con más y mejores recursos, pero no se está parado, aunque lentamente, estamos en movimiento y por ello se ha querido recoger aquellos que por su importancia y novedad eran más significativos. Existen proyectos que se van desarrollando desde diferentes ámbitos y que esperamos permitan consolidar, en un futuro próximo, una red asistencial estructurada, coordinada y efectiva. La sociedad vasca se ha caracterizado, entre otras cosas, por valorar y respetar a las personas mayores. En los últimos años, la situación

social ha cambiado de forma importante, cambios que se manifiestan tanto en las estructuras familiares como en la estructura demográfica. En la actualidad la población es más longeva, se viven muchos años más allá de la edad de jubilación, ésta no supone el fin de la vida, por ello, se deben repensar y reestructurar los recursos que faciliten el desarrollo y mantenimiento de una vida digna y en las mejores condiciones salud, atención, vida y cuidados hasta el final de la misma. Por este motivo, se han querido recoger algunos de los proyectos que desde lo socio-sanitario son novedosos y actualmente están en marcha en Gipuzkoa.

Desde el Ayuntamiento de Donostia, se está comenzando a poner en marcha el Plan Donostia Lagunkoia: *“Es como una red de apoyo comunitario (...) Tenemos que empezar contagiando y no cabe duda que además de mentalizar hay que buscar estrategias de reconocimiento, de recompensa, de trabajar en claves de educación”* (G5TsA-63). Surge de la constatación de que la ciudad se está haciendo más difícil para que en ella vivan las personas mayores. Por ejemplo, en los barrios está desapareciendo el pequeño comercio y con ello, las posibles “antenas” de detección de la fragilidad.

También se nos explica que el Ayuntamiento de Donostia ha comenzado a desarrollar un Servicio de Atención a personas frágiles en la comunidad, complementado con programas de voluntariado, Servicio que ya tiene unos años en los municipios de Errenteria y Pasaia. Se trata del Servicio de Atención diurna a mayores frágiles, cuyo objetivo es el de apoyar, prestando ayuda social desde los Hogares de Jubilados, a personas que están a medio camino entre los Centros de Día y los Hogares del Jubilado. Está dirigido a personas de 75 años y más y lo van a pilotar. Considerar que hay que: *“tratar de evitar que las personas mayores frágiles, vulnerables, acaben aisladas en sus domicilios”* (G5TsA-2). El Programa de Detección del Ayuntamiento de Donostia: *“Está detectando muchas personas mayores que están desatendidísimas”* (G5AsA-48)

Por otra parte, la Diputación de Gipuzkoa se encuentra en un periodo de reflexión y de reorganización de los recursos y tiene mucha sensibilidad hacia este tema.

En el ámbito sanitario se está desarrollando un programa sustentado en el voluntariado cuyo objetivo es apoyar a la fragilidad para evitar o reducir el número de reingresos en el hospital. Esta medida es bastante contestada: *“Pero dicho así está sonando a que queremos cubrir cosas a coste cero y eso es imposible. El melón es el mismo, o sea, vamos a abrirlo. Lo que antes hacía el ama de casa ahora cuesta dinero. (...) Es que me está sonando fatal”* (G5FG-53). Se explica que esta iniciativa está dirigida a personas con patologías crónicas que están en sus domicilios y que carecen de destrezas en el ámbito informático. La función del voluntariado es la de ayudarles en este tipo de tareas, es decir, en la introducción de sus datos bien en las “Kazeta Guneak” o en sus ordenadores particulares.

También desde OSAKIDETZA, por lo menos en la zona de Gipuzkoa, se está trabajando en “las rutas” (itinerarios que debe seguir una persona con una enfermedad crónica o con pluripatología cuando necesita ser atendida), así como en la atención del paciente frágil y pluripatológico. Su objetivo, lograr una mayor coordinación entre los niveles de Atención Primaria y hospital. Mediante comunicación previa entre el Centros de Salud y el hospital de referencia, permite que una persona en estas circunstancias y que, por ejemplo, tenga que ser hospitalizada, evite pasar por el Servicio de Urgencias y la espera e incomodidades que conlleva, para lo que se hace una gestión previa y directa desde su Centro de Salud. De regreso al domicilio, tienen un número de teléfono atendido por una enfermera al que llamar en caso de duda, de empeoramiento y/o de nuevos síntomas. Dicha persona es quien valora qué hacer y en su caso la necesidad de realizar un nuevo ingreso hospitalario. Cada zona tiene un hospital de referencia.

Mediante este programa, los pacientes con pluripatologías pueden ser detectados en el Centro de Salud o en el hospital en el que han sido atendidos. En cualquiera de los casos, además de su médico de familia, se les asigna un médico en su hospital de referencia. En ambos supuestos, se informa al otro centro asistencial para que cada persona atendida cuente con un médico de referencia, tanto en el hospital como en el Centro de Salud al que pertenece, teniendo a su vez un hospital de referencia. Una vez al mes se realizan reuniones entre el médico del hospital de referencia y el equipo asistencial del Centros de Salud para tratar conjuntamente estos casos.

Existe también una colaboración entre las farmacias y los Centros de Salud que facilita el manejo de la medicación a las personas mayores y con pluripatologías. Además, estos lugares son unos buenos referentes para la detección de problemas de deterioro cognitivo.

4. Propuestas y sugerencias

4.1. Sugerencias

La atención a las personas en situación de fragilidad pretende el óptimo nivel de ayuda y de dotación de servicios en aras de que la persona pueda desarrollar su vida en el máximo respeto a su autonomía personal, a su dignidad, a su libertad y a sus deseos.

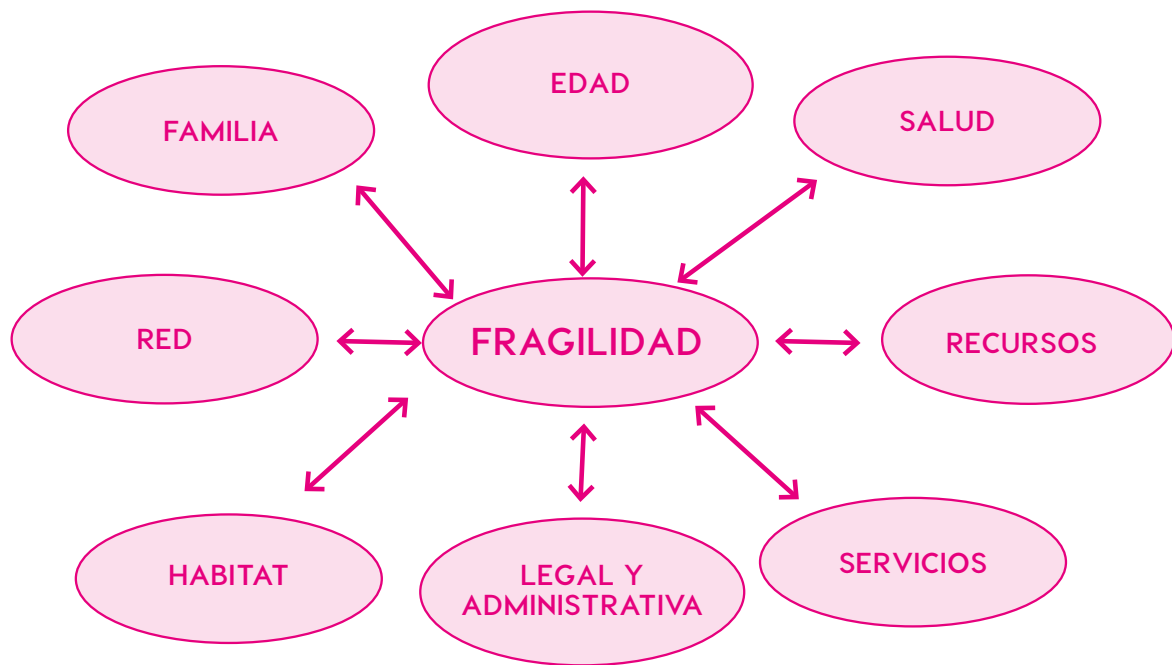
Toda persona tiene derecho a una atención y a unos servicios que garanticen su adecuado desarrollo vital, evitando que se produzcan situaciones de exclusión y/o desprotección.

Para asegurar que todas las personas tengan acceso a las ayudas y servicios necesarios y cuenten con igualdad de oportunidades, el sistema ha de regirse por una acción positiva en favor de las personas más necesitadas.

La fragilidad ha de entenderse como **subjetiva**, esto es, ligada a la persona, a su historia de vida y a sus principios y valores; **relativa**, está relacionada con los recursos, los servicios y la red social de relaciones con que cuenta la persona, tanto formal, la familia, como informal, amistades, vecindario, etc.; **evolutiva**, pues está sujeta a las transformaciones que se van produciendo en la persona y sus circunstancias; **reversible**, es decir puede ser temporal o definitiva y está **ligada al contexto**, a los **recursos** y a los **servicios**.

La presencia y el grado de necesidad de las situaciones de fragilidad dependen de la interacción de una serie de factores: la edad, el estado de salud, los recursos, los servicios, la situación legal y administrativa, el hábitat, la red social de relaciones y la familia.

FACTORES A CONSIDERAR EN LAS SITUACIONES DE FRAGILIDAD



La edad. Si bien la fragilidad puede presentarse en cualquier edad, es ineludible hacer referencia a la misma, ya que es un hecho constatado que el número de personas mayores que superan los 65 años va en aumento y que con la edad se van perdiendo poco a poco las diferentes capacidades físicas y cognitivas.

La salud. Es otro de los factores a considerar tanto en lo referente a la salud en su amplia acepción, como todos aquellos aspectos que tienen que ver con la gestión del propio organismo.

Los recursos. En este apartado hay que considerar los recursos de toda índole, económicos, etc., así como la gestión y capacidad para gestionarlos.

Los servicios. La red de servicios sanitarios y sociales con que cuenta el lugar en el que vive, su entorno más próximo.

La situación legal y administrativa. Si tiene conocimiento de sus derechos, si ha elaborado el testamento, voluntades anticipadas, poderes preventivos, autotutela, ...

El Hábitat. Situación de las infraestructuras tanto del domicilio, como del entorno, del barrio en el que vive. Accesibilidad.

La red social de relaciones. Amistades, relaciones a nivel de la comunidad en la que vive, personas voluntarias...

La familia. Existencia o no de familiares. Estructura familiar y su relación con las personas de la misma...

De esta visión interactiva se desprende que, para asegurar la adecuada respuesta a todas las personas en situación de fragilidad, es preciso establecer mecanismos contextualizados de identificación, evaluación, prevención, respuesta adecuada y seguimiento a las necesidades. Para ello es imprescindible la coordinación y cooperación de los distintos servicios, sistemas, organismos y organizaciones implicadas.

La asunción de estos principios tiene importantes implicaciones a nivel general como son:

- El cambio de actitudes, enfoques y prácticas en la sociedad en general y en las comunidades de vecinos en particular, tendentes a garantizar la igualdad de oportunidades y a reducir las barreras existentes tanto físicas como sociales que marginen a las personas en situación de fragilidad.
- La provisión de recursos necesarios para la realización de una verdadera labor de prevención.
- La implicación de todos los agentes sociales y de la sociedad en general.
- El desarrollo de recursos fundamentalmente en el sistema sanitario y en el de los servicios sociales.

4.2 Recomendaciones

La primera conclusión/recomendación a destacar es que las personas en situación de fragilidad deben situarse en el centro de cualquier planificación socio-asistencial.

En la atención a las personas en situación de fragilidad debe estar implicada la sociedad en general con especial relevancia de la Administración, de las diferentes instituciones, tanto a nivel general como municipal y con especial implicación de los Servicios Sociales.

Los Servicios Sociales deberán tener una centralidad en la valoración y la planificación de las necesidades de este colectivo, así como en la coordinación de los recursos que necesiten/se les ofrezca, tanto en la atención de quienes voluntariamente soliciten asistencia como en la detección mediante información del censo de personas en situación de fragilidad que no demandan.

Por su especial importancia, convendrá trabajar en la mejora de la coordinación entre el sector social y el de salud.

La atención ha de estar planificada y organizada para realizar un trabajo paralelo que permita, de una parte, asumir la demanda directa, y de otra, la detección, la toma de contacto y el establecimiento de un vínculo de confianza que permita hacer explícita su demanda a las personas de 65 años y más que actualmente se encuentran en situación de fragilidad, con especial urgencia respecto de las personas de más edad y/o peores condiciones de vida.

La fragilidad permea todas las edades de la vida y en este estudio se corrobora la idea de que **la edad** es un importante factor de riesgo. Por ello, resulta imprescindible contar con la información que permita llegar a las personas en situación de fragilidad para conocer su situación y valorar sus necesidades, para lo cual, se propone:

- Poder tener acceso a la información censal que permita a los Servicios Sociales su detección, sobre todo de quienes no demandan y tienen necesidades socio-asistenciales no cubiertas. Sería conveniente contactar con personas de 65 años y más y realizar una evaluación de necesidades y planificar un seguimiento que haga factible:
 - La detección de las personas mayores y muy mayores viviendo solas y las unidades de convivencia de personas de 65 años y más.
 - La detección de riesgo de fragilización frente a cambios de vida importantes como fallecimiento del cónyuge u otra persona de convivencia,
 - La identificación de las personas cuidadoras informales y "tutoras en fragilidad", valorando su capacidad y sus necesidades para realizar previsiones a futuro.
 - La información sobre recursos al colectivo en riesgo, personas de 65 años y más.
- La coordinación entre los diferentes agentes sociales que, en contacto con los Servicios Sociales de base, permitan una derivación efectiva de las personas por ellos detectadas, para lo que sería preciso planificar canales de coordinación y derivación efectivos.

Como ha quedado expuesto en el apartado 3.5., la coordinación de las actuaciones de los diferentes agentes sociales implicados corresponderá a los Servicios Sociales.

- Así mismo, se propone realizar campañas de sensibilización dirigidas a la población en general, que permita paliar las lagunas producidas por la falta de efectividad de la red social de relaciones de las personas en situación de fragilidad, bien porque no exista, o bien por envejecimiento de la misma y/o por la pérdida de su efectividad. Para ello, se identificará a los agentes sociales implicados en la detección precoz de personas en situación de fragilidad y se realizará un trabajo de sensibilización que les capacite para reconocer y hacer visibles las situaciones de fragilidad y les ayude a entender la importancia de su tarea en la detección de estas situaciones y a conocer los canales previstos para realizar las derivaciones oportunas.
- Y por supuesto, el desarrollo de la Cartera de Servicios Sociales en curso, sobre todo en lo relativo al área socio-sanitaria. La coordinación entre los diferentes agentes sociales que, en contacto con los Servicios Sociales de base, permitan una derivación efectiva de las personas por ellos detectadas, para lo que sería preciso planificar canales de coordinación y derivación efectivos. Como ha quedado expuesto en el apartado 3.5., la coordinación de las actuaciones de los diferentes agentes sociales implicados corresponderá a los Servicios Sociales.

Respecto del colectivo de personas en riesgo -personas de 65 años y más- se propone realizar charlas informativas sobre: los Servicios Sociales, los recursos existentes tales como las ayudas domiciliarias y otros, su forma de acceso y requisitos para disfrutarlos. Sobre aspectos jurídicos: legislación, testamentaría, testamento vital, poderes preventivos, poderes mancomunados, ... Así mismo, desarrollar un trabajo de capacitación para mujeres y hombres respecto de aquellas parcelas que les ayuden a disfrutar de una vida más autónoma (hombres, mayoritariamente relacionado con el autocuidado, alimentación y mantenimiento del domicilio y mujeres, relacionado con la sobre implicación en el cuidado de terceras personas y sobre la toma de decisiones informada en temas legales).

En cualquier situación, se deberá realizar una evaluación de las necesidades, una planificación de las posibles ayudas que cubran y/o palien la pérdida de autonomía de las personas en situación de fragilidad.

Igualmente, para permitir la explicitación de los casos de demanda indirecta y puesto que la no demanda se ha detectado como asociada con la falta de interlocutores y la desconfianza, será conveniente trabajar en la creación y desarrollo de vínculos de confianza que la hagan posible.

Puesto que la fragilidad sólo se ve desde la cercanía, se consideran herramientas imprescindibles, la visita domiciliaria y las visitas cortas y re-

petidas que faciliten el establecimiento de un vínculo de confianza. Ello es necesario para que la demanda pueda ser explícita y para hacer una evaluación del proceso, planificar el seguimiento y acompañamiento de cada persona, lo cual resulta imprescindible para poder paliar la soledad, consolidar unos vínculos de confianza y asegurar la mejora en las condiciones de vida de las personas atendidas.

Además, si desde un punto de vista teórico se ha considerado que la fragilidad debe ser entendida como un proceso, hay que considerar que las necesidades pueden variar, ya que una de sus características es que puede ser reversible.

De entre los principales Agentes Sociales y las cuestiones o parcelas en las que están implicados, se destacan los siguientes:

- Sector Jurídico: conocimiento de la Legislación (Testamento, Últimas voluntades, Poderes preventivos (poderes mancomunados), Capacidad/Incapacidad (capacidad cognitiva), ...
- Sector Bancario: Gestión de la economía propia y prevención y detección de situaciones problemáticas.
- Sector Salud: prevención y detección de situaciones problemáticas, en los Centros de Salud, Hospitales, Farmacias, ...
- La Red social de relaciones, valorando su calidad y efectividad

4.3. Propuesta de actuaciones

La coordinación de las actuaciones de estas áreas, corresponderá a los Servicios Sociales.

Se propone realizar una tarea de sensibilización de cada uno de los colectivos profesionales que a continuación se detallan así como una trabajo de capacitación, adiestramiento y conocimiento de los canales de derivación efectivos que les permita implicarse en la detección de personas en situación de fragilidad en riesgo:

- Sector Jurídico, además de los aspectos generales, sería conveniente implicarles en tareas informativas sobre aspectos legales dirigidas a este colectivo, con el fin de ayudarles a planificar la última etapa de su vida.
- Sector Bancario, son quienes pueden detectar situaciones de riesgo en el manejo de la economía personal así como la pérdida de efectividad en su gestión. Así mismo, en la detección de terceras personas que intenten manipular –en beneficio propio– la economía de quienes se encuentran en situación de fragilidad.

En este sector sería conveniente desarrollar protocolos de adiestramiento y/o acompañamiento en la utilización de las nuevas tecnologías que “fragilizan” sobre todo a las personas mayores para quienes el aprendizaje de su manejo y utilización puede resultar dificultoso, (cajeros, banca on-line...).

- Sector Salud, puesto que son quienes pueden detectar cambios en el manejo de la propia salud, el comienzo de problemas de deterioro cognitivo asociados a la edad o consecuentes a otras patologías y otras situaciones de riesgo relativas a la propia persona y/o a su función como cuidadora principal (sobre implicación en el cuidado de terceros con afectación en la salud propia, enfermedad de la persona cuidadora principal, y conveniencia de implicar a todas las personas mayores –con especial énfasis en las mujeres- en los programas de “Paciente activo”,).

En este espacio es imprescindible continuar y reforzar los programas de coordinación entre la Atención Primaria y la hospitalaria; facilitará la previsión de necesidades de las personas tras haber permanecido hospitalizadas.

Así mismo, las farmacias son otro punto fundamental del sector como puntos de detección de la fragilidad, en la detección de aparición o aumento de la dificultad en la gestión de la salud y de la medicación.

- Red social de relaciones: se considera que la misma está compuesta por la familia extensa en caso de que exista y “ejerza”, las amistades, el medio relacional comunitario, en el que se incluye, el comercio del barrio, la parroquia, el voluntariado, las ONG’s, la Policía Municipal y la Ertzaintza, La sensibilización y capacitación de estos colectivos integrados en una red estable y supervisada permitirá mejorar su efectividad.

Se propone que se ha de tener en cuenta el cumplimiento riguroso de la normativa existente relativa a la accesibilidad, en infraestructuras de nueva construcción y la eliminación progresiva de las barreras arquitectónicas existentes; la adecuación del transporte público a las necesidades particulares de las personas en situación de fragilidad.

Así mismo, conviene aumentar la oferta de alojamientos para personas mayores autónomas, como son los pisos tutelados y las residencias, ubicados en los diferentes barrios. Las personas mayores demandan Residencias y Pisos Tutelados cercanos a su domicilio, con privacidad (habitación individual) que les permitan mantener su autonomía y la relación con su red social de relaciones.

Mejorar la calidad asistencial y la atención en las Residencias para personas mayores, utilizadas mayoritariamente por mujeres, viudas y/o con poca red social o con una red social envejecida (que ha perdido su efectividad), es otra de las propuestas a tomar en consideración.

También potenciar el desarrollo de actividades culturales y de ocio de los Hogares de Jubilados existentes.

Se sugiere que las Instituciones y los Servicios Sociales, desarrollen una mayor sensibilidad hacia quienes se sitúan en los “espacios grises”, es decir, hacia los que desde un punto de vista asistencial, “no son de nadie”.

Y por último, y no por eso menos importante, se considera necesario apoyar a las instituciones en el desarrollo e implementación de un Plan Asistencial que permita mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de fragilidad.

5. Sugerencias finales

Para llevar a cabo este proyecto, se propone:

- Dotar a los Servicios Sociales de los recursos necesarios para asumir la atención de las personas en situación de fragilidad.
- Conocer y supervisar la actividad de las Asociaciones de voluntariado y ONG's; su participación tiene que ser entendida siempre como un apoyo a los Servicios Sociales y sus actuaciones deberán estar siempre supervisada y coordinadas por los mismos.
- Además de sensibilizar a los diferentes colectivos implicados, realizar protocolos específicos que permitan en cada área conocer los flujos de derivaciones y a las personas de referencia.
- Y planificar protocolos de derivación coordinados.
- En este mismo sentido, manifestar el compromiso de HURKOA en la atención a las personas en situación de fragilidad.

6. Bibliografía

(1) IMSERSO. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. (2011). Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social.

(2) Eusko Jaurlaritzza. Dto. de Empleo y Políticas Sociales, (2015). Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi. Vitoria-Gasteiz.

(3) Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Rev. Española de Geriátría y Gerontología. N° 45(4): 213-218.

(4) Sancho, M. (Dir.) (2011) Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.

(5) Gómez Martín, M.P., Díaz Veiga, P. (Coord) (2012) "Decálogo para el buen trato de las personas mayores" Madrid. Ed. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

(6) Eusko Jaurlaritzza. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2015). Procedimiento de Prevención y Detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV. Vitoria-Gasteiz.

(7) Eusko Jaurlaritzza, Dto. De Empleo y Asuntos Sociales, (2011). Estudio de Prevalencia de los malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz.

(8) De la Cuesta Arzamendi, J.L. (Ed.) (2006) El maltrato de personas mayores, detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Donostia. Fundación HURKOA e Instituto Vasco de Criminología.

- (9) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. www.rae.es
- (10) Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med.* 1992;8:1-17. Citado por Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* (2007) vol.33 n°1.
- (11) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001; 56A:M146-56.
- (12) Bortz WM II A conceptual framework of frailty. *J Gerontol A Biol Sci MED Sci.* 2002 May; 57(5):M283-8.
- (13) Brown I, R Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. *Int J Rehabil Research.* 1995;18:93-102. Citado por Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* (2007) vol.33 n°1.
- (14) Brocklehurst J.C. The geriatric service and the day hospital. En: Brocklehurst J.C., editors. *Textbook of geriatric medicine and gerontology.* 3 ed. Edimburgo: Churchill Livingstone;1985. 982-95., citado por: Avizanda Soler y otros (2010). Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Medicina Clínica* (2010) Vol. 135, n° 15.
- (15) EUSTAT. Panorama demográfico, 2014. www.eustat.eus.
- (16) Eusko Jaurlaritz. Dpto. de Empleo y Políticas Sociales (2015). *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo, 2015-2020.* Vitoria-Gasteiz.
- (17) ACHOTEGUI, J. (2000): «Los duelos de la migración: una perspectiva psico-patológica y psicosocial», en E. Perdiguero y J. M. Comelles (comp), *Medicina y cultura*, Editorial Bellaterra, Barcelona, pp. 88-100.
- (18) ACHOTEGUI, J. (2003): “La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural”. Barcelona. S.A. Ed. Mayo
- (19) ACHOTEGUI, J. y otros (2015): “Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con Síndrome de Ulises”, en *Norte de Salud Mental*, Vol. 13, n° 52, 2015 (70-78)

(20) FOESSA. "La pobreza en España desde una perspectiva de género". 2014. Informe, www.foessa2014.es

(21) Instituto BBVA de Pensiones, en: <https://www.jubilaciondefuturo.es/>

(22) JULIANO, Dolores (2011) "La crisis y las mujeres de los sectores marginales", en DÁVILA, Andrés (Coord.) "La idea de crisis revisitada: variaciones e interferencias". Bilbao. Servicio Editorial UPV/EHU.

(23) Memoria 2015. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa, en: <http://gizartepolitika.eus/documents/446554/618802/Memoria%202015.%20Departamento%20de%20Pol%C3%ADticas%20Sociales/6afc2644-b8c3-4306-9533-3d9d880d507a>

Legislación:

(a) Constitución Española, 1978.

(b) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

(c) Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

(d) Ley 20/1997, de 4 de diciembre para la Promoción de la Accesibilidad.

(e) Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la Sanidad.

(f) Ley 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales.

(g) Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

ANEXO I

1. Propuesta de plan piloto

1.1. OBJETIVO GENERAL:

En consonancia con el marco del objetivo general del estudio realizado el objetivo del Proyecto Piloto de Intervención es:

Desarrollar un plan integral de atención a personas mayores en situación de fragilidad para favorecer su bienestar, promover su autonomía personal, atender sus necesidades y prevenir situaciones de riesgo, desprotección, maltrato y exclusión.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.2.1. Definir un modelo de atención y respuesta a las personas en situación de fragilidad.

1.2.2. Sensibilizar a la ciudadanía para que se convierta en elemento importante para la detección y apoyo a las personas en dicha situación.

1.2.3. Identificar a las personas en situación de fragilidad.

- Evaluar, siempre que voluntariamente accedan a ello, su situación de forma integral, (el mayor número posible de ellas). Estado de salud, recursos, servicios, contexto entorno, ...
- Evaluar las características de la vivienda y el entorno.
- Desarrollar Planes de Atención Individual (PAI) para un número determinado de personas.
- Evaluar los PAI.

1.2.4. Evaluar el Plan en su conjunto.

1.2.5. Proponer un Plan Marco de Intervención con personas en situación de fragilidad.

1.2.5.1. Configurar un sistema de coordinación socio-sanitario-comunitario para la identificación, prevención y atención a las personas en situación de fragilidad.

1.3. ACCIONES.

1.3.1. En relación a las personas en situación de fragilidad:

- Analizar los de registros censales de ámbito geográfico de actuación en aras de identificar las personas mayores de 75 años residentes en él.
- Seleccionar una muestra representativa de las mismas y proponerles participar en el presente estudio. (Para la selección de la muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios: edad, estado de salud, recursos y red social)
- Evaluar la situación de las personas que han sido seleccionadas y han accedido a participar, considerando los siguientes aspectos:
 - Edad, salud, recursos, grado de dependencia, red familiar, red social de relaciones, servicios, hábitat, poderes preventivos, voluntades anticipadas, etc...
- Evaluar los recursos económicos, patrimoniales y personales.
- Elaborar un PAI para cada una de las personas participantes.

1.3.2. En relación a otras personas intervinientes:

- Realizar sesiones informativas y formativas, así como de coordinación con las personas del ámbito de los Servicios Sociales, Servicios Sanitarios, Servicios Farmacéuticos, entidades bancarias y sector jurídico del lugar.
- Realizar reuniones de información y coordinación con las asociaciones del ámbito de actuación (Hogar del Jubilado, Entidades orientadas a la atención de personas mayores, Parroquia, Cáritas, etc.)
- Realizar sesiones de sensibilización e información para la ciudadanía del ámbito de actuación.

1.3.3. En relación a los resultados:

- Analizar el impacto del Plan de Intervención.
- Analizar el impacto real de la intervención en las personas, tanto las atendidas como las que han participado en todo el plan de intervención.

1.4. METODOLOGÍA

El plan Piloto se desarrollará en un barrio o distrito concreto de una población (IRUN), en coordinación con los Servicios Sociales y Sanitarios.

Previamente se definirán, por una parte, el conjunto de estrategias e intervenciones a desarrollar y por otra, cómo se entiende el término fragilidad, su modo de identificación, evaluación.

Se analizarán los datos del censo.

Se analizará e informará sobre los recursos y servicios existentes en el lugar de intervención.

Se seleccionará una muestra representativa de población dispuesta a participar en el estudio piloto, con el compromiso expreso de que se salvaguarda su identidad y con la confidencialidad de todos los datos.

Se establecerá contacto con la familia y/o personas más cercanas.

Se garantizará que toda persona participante cuente con una persona de referencia que coordine las actuaciones realizadas por los diferentes ámbitos de intervención.

Se procederá a su evaluación integral en función de los aspectos antes referidos.

Se elaborará el PAI para cada persona.

Se llevará a cabo la intervención a lo largo de 6 meses.

Se procederá a la evaluación de la intervención en los siguientes aspectos:

- Resultados obtenidos,
- Impacto en las personas en situación de fragilidad que han participado.

- Impacto y nivel de satisfacción de las personas de los Servicios Socio-sanitarios y colectivos que hayan participado,
- Proceso seguido.
- Efectividad de las acciones desarrolladas.

1.5. PASOS A DAR PARA LA REALIZACIÓN

- Seleccionar el grupo de personas que van a llevar a cabo el Proyecto.
- Informar, compartir y procurar la implicación de los Servicios Sociales, Servicios Sanitarios y Organizaciones de Voluntarios, etc.
- Solicitar autorización para acceder al censo y proceder a su análisis.
- Seleccionar la muestra.
- Definir el modelo de intervención.
- Establecer modelos e indicadores para la evaluación de los aspectos reaccionados con: salud, recursos, servicios, características del entorno, red de relaciones tanto formales como informales.
- Planificar conjuntamente la intervención.
- Definir y planificar las sesiones de formación a las personas que vayan a intervenir.
- Planificar las sesiones de sensibilización a la ciudadanía.
- Desarrollar el plan
- Realizar el oportuno seguimiento del desarrollo del plan.
- Evaluación final:
 - Fiabilidad.
 - Validez.
 - Propuesta de posibles o necesarios ajustes.

1.6. CRONOGRAMA

El cronograma se elaborará conjuntamente con los Servicios Sociales del municipio en el que implemente el Plan Piloto.

1.7. ¿QUÉ ESPERAMOS?

- Satisfacción de las personas en situación de fragilidad que han participado y mejora de su calidad de vida.
- Satisfacción de las familias y/o personas más cercanas.
- Satisfacción de las personas que han intervenido en el desarrollo del plan.
- Implicación de los Servicios Sociales, Servicios Sanitarios y colectivos u organizaciones de personas voluntarias y de la ciudadanía.
- Conocimiento de las situaciones de fragilidad, sus características.

1.8. RESULTADOS

1.9. DEFINICIÓN DE FRAGILIDAD Y PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN

1.10. RECURSOS ECONÓMICOS Y HUMANOS

Los recursos económicos y humanos con los que se cuenta para la puesta en marcha del plan, se especificaran en el apartado correspondiente al Plan específico.

2. Plan específico de actuación.

Se propone un Plan de Atención a las personas en situación de fragilidad que apoye a este colectivo en la planificación de la última etapa de su vida conforme a sus criterios y valores y les permita mantener su autonomía en las mejores condiciones posibles. Para ello se les ofrecerá un acompañamiento que les apoye en las tareas de planificación, y posteriormente cuando sea necesario asumir la coordinación de los diferentes recursos que necesite utilizar, para velar por su bienestar y subsidiariamente, que dichas intervenciones sean lo más efectivas posible.

Para llevarlo a cabo resulta fundamental designar a una persona de referencia que asuma las tareas de acompañamiento y supervisión, para lo que es imprescindible la creación previa de un vínculo de confianza que permita a la persona atendida sentirse apoyada y acompañada a lo largo del proceso.

Para la realización del Plan Piloto 2016 se han definido lo siguiente:

- El ámbito de actuación será el municipio de Irún.
- Duración de un año.
- Para este primer año se trabajará con personas mayores de 75 años, que vivan solas y/o con dificultades de movilidad, que precisen de ayudas "muletas" concretas para poder seguir desarrollando en su medio habitual:
 - Las AVD.
 - De salud e higiene.
 - De accesibilidad en vivienda y barrio.
 - De socialización con el entorno.
 - De participación en actividades socio-recreativas.
 - En gestiones administrativas y/o económicas.
 - De preparación del futuro (voluntades anticipadas, poderes, testamentos, ...).
- Ubicación física: un barrio del municipio de Irún con población mayor y con dificultades de accesibilidad.

-
- Se analizará la situación concreta respecto de la accesibilidad, los Servicios Sociales, Sanitarios, otros,
 - Tras realizar el correspondiente rastreo, entrevistas, etc., se trabajará en principio con una población de unas 15 personas, cifra orientativa que permita un buen ensayo y su posterior evaluación.
 - Los recursos humanos constan de:
 - Una trabajadora social, coordinadora del proyecto a media jornada.
 - Un trabajador social con dedicación variable dependiendo del grado y del momento de la intervención.
 - Un grupo de voluntariado, entre cuatro y cinco personas.
 - El equipo fijo de HURKOA en el municipio, con funciones de apoyo y presencia, compuesto por referentes sociales, administrativos y jurídicos.
 - El refuerzo para apoyo jurídico, de los servicios de HURKOA.
 - Los recursos económicos son:
 - Para el año 2016 financiado con el apoyo del Dpto. de Políticas Sociales del G^o V^o y de Cáritas Española.
 - Para 2017 y sucesivos, la financiación vendría del Ayuntamiento donde se ubique el programa.
 - Estos recursos económicos servirán para financiar la liberación de las dos Trabajadoras Sociales, para el resto de la infraestructura, se utilizarán los recursos de HURKOA y del Ayuntamiento de Irún.
 - Se trabajará prioritariamente, en coordinación con los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento de Irún con quienes se definirán la zona concreta y la población diana. Una vez definida la zona, se iniciarán los contactos con los servicios sanitarios de primaria, centros sociales, entidades de voluntariado,... Es importante recabar toda la información precisa de los recursos socio-sanitarios de la zona de intervención.
-

- La evaluación del proyecto deberá ser constante. Se marcarán periodos cuatrimestrales de evaluación con los agentes implicados, Servicios Sociales de Base, Servicios Sanitarios de Atención Primaria, Asociaciones de voluntariado, entidades bancarias, etc. ...
- Según el calendario de evaluaciones, se irán modificando las estrategias y la propia implantación del programa.
- Al cabo de un año, tras la evaluación anual, se definirán las posibles nuevas zonas de intervención y de población
- El calendario concreto se definirá en coordinación con los Servicios Sociales.
- Tras el primer año de implantación del programa y su evaluación y definidos los siguientes pasos, se harán públicos los resultados obtenidos, tanto para que la población general los conozca como para poder ir ampliándolo a otras comarcas.

2.1. CRONOGRAMA

ACCIONES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCTU	NOVI	DICI