

Modelo de gestión colaborativo para la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad en Camilo Ponce Enríquez

Collaborative management model for the comprehensive care of vulnerable older adults in Camilo Ponce Enriquez

RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente para los sistemas de atención social y sanitaria, especialmente en territorios con limitaciones institucionales y altos niveles de vulnerabilidad social. La presente investigación tuvo como objetivo analizar la factibilidad de implementar un modelo de gestión colaborativo para la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad en el cantón Camilo Ponce Enríquez. Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas semiestructuradas aplicadas a funcionarios públicos, representantes comunitarios, profesionales del área social, familiares y cuidadores de adultos mayores. Los resultados evidenciaron deficiencias en la coordinación institucional, limitaciones en el acceso a servicios especializados y escasa articulación comunitaria. Se concluye que la implementación de un modelo de gestión colaborativo es factible siempre que exista participación activa de los diferentes actores sociales e institucionales.

PALABRAS CLAVE: Adultos mayores, gestión colaborativa, vulnerabilidad social, atención integral, participación comunitaria.

ABSTRACT

Population aging represents a growing challenge for social and healthcare systems, especially in territories with institutional limitations and high levels of social vulnerability. The objective of this study was to analyze the feasibility of implementing a collaborative management model for the comprehensive care of vulnerable older adults in Camilo Ponce Enríquez. A qualitative and descriptive study was conducted through focus groups and semi-structured interviews. The findings revealed deficiencies in institutional coordination and limitations in access to specialized services. It is concluded that the implementation of a collaborative management model is feasible if social participation and institutional articulation are strengthened.

KEYWORDS: Older adults, collaborative management, social vulnerability, comprehensive care, community participation

EDUCATECH


Recepción: 20/06/2026

Aceptación: 24/06/2026


Publicación: 30/06/2026


AUTOR/ES

 María Manuela Agualsaca Lema

 Norma Allyson Armijos Triviño


 magualsaca40@gmail.com

 norma.armijost@ug.edu.ec

 Universidad Estatal Península de Santa Elena.

 Universidad de Guayaquil. Guayaquil

 Santa Elena – Ecuador

 Guayaquil – Ecuador

CITACIÓN:

Agualsaca, M. & Armijos, N. (2026). Modelo de gestión colaborativo para la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad en Camilo Ponce Enríquez. Revista InnovaSciT. 4 (1). p. 1493 – 1509.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los principales cambios demográficos a nivel mundial, pues plantea numerosos desafíos a los sistemas de salud y protección social respecto a la promesa de una atención integral y respetuosa para los adultos mayores. En este contexto, Paredes et al. (2025a) respecto a las políticas públicas de atención en América Latina, expresa que los modelos tradicionales de políticas de cuidado ofrecen poco a las nuevas demandas de los mayores, también aboga por nuevos modelos de cuidado que sean integrales, sostenibles y basados en derechos, que incorporen una variedad de actores sociales.

Dentro del contexto latinoamericano de este fenómeno, las inequidades sociales que prevalecen son considerablemente más perjudiciales para los mayores, en su investigación sobre barreras estructurales para la atención integrada, Jamileth & Mendoza (2025) describe fenómenos como la pobreza, el aislamiento social y la mala coordinación institucional, que, en conjunto, limitan el acceso a la atención y reducen significativamente la calidad de vida de los adultos mayores. Además, existen avances regulatorios que Anangón (2023) identifica en los marcos de políticas públicas en Ecuador, sin embargo, hay una falta de cumplimiento de los marcos regulatorios de cuidado, en particular a nivel municipal.

Por otro lado, la dimensión social es de importancia considerable en relación con la asistencia ofrecida a las personas mayores, y existe un creciente cuerpo de evidencia que lo respalda, en el estudio realizado por Darío & Coral (2024), titulado Apoyo Familiar en el Cantón Yantzaza, la autora muestra que la participación de un familiar que brinda apoyo impacta positivamente en el cuidado y bienestar de la persona mayor, además, el estudio publicado en Paredes et al. (2025b) postula que la combinación de participación social y envejecimiento activo resulta en una mejora significativa en el bienestar físico y emocional del individuo, asimismo, en este contexto, Ramírez (2024) señala que la gestión colaborativa, caracterizada por la integración entre los sectores público y comunitario, es un enfoque innovador y viable para la reasignación eficiente de los recursos disponibles para atender las necesidades de las personas mayores.

A pesar de esta literatura, aún persiste una notable ausencia de vínculos y apoyos interinstitucionales en el área del cuidado de las personas mayores, lo que, según Regato et al. (2023), resulta en una continua falta de cobertura y una asignación ineficaz de recursos, particularmente en el ámbito de los servicios locales de atención a la vejez, esta deficiencia exige considerar enfoques gerenciales más integrales, que, además de la coordinación entre múltiples actores, sean sometidos a evaluaciones empíricas para atribuir valor a su efectividad.

La situación en el cantón Camilo Ponce Enríquez (ubicado en la provincia de Azuay, al sur del Ecuador justo en la zona costera-austro), está ilustrada por la presencia de personas mayores en situaciones vulnerables en términos de aislamiento, situación económica y

accesibilidad a servicios, en el contexto de las acciones discretas y fragmentadas de las instituciones, esta situación demuestra la deficiencia en marcos de gestión operativos, basados en evidencia y colaborativos en la zona, lo que, a su vez, impide la efectividad de las estrategias de enfoque centrado.

Por ello, este estudio está dirigido a centrarse en el modelo de gestión colaborativa en el cantón Camilo Ponce Enríquez, para alcanzar una respuesta mejorada a las personas mayores vulnerables. Los objetivos del presente estudio se cumplirán mediante la utilización de un diseño de investigación aplicada, con un enfoque cuasi experimental y un diseño pre y post, lo cual facilitará evaluar los cambios en las variables identificadas, que comprenderán el acceso a los servicios, el apoyo social y el bienestar percibido de las personas, antes y después del colapso del modelo.

En este sentido, los estudios arrojan luz sobre el impacto de la gestión colaborativa en la atención a los adultos mayores, avanzando en el campo de la gerontología comunitaria y fortaleciendo las intervenciones sociales basadas en la estrategia de responsabilidad compartida e integración territorial.

MÉTODOS MATERIALES

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, con el objetivo de comprender las experiencias, percepciones y necesidades relacionadas con la atención integral de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad del cantón Camilo Ponce Enríquez. Para la recolección de información se realizaron seis entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales dirigidos a actores vinculados con la atención y acompañamiento de este grupo poblacional, incluyendo representantes institucionales, comunitarios y beneficiarios. La información recolectada fue analizada a través de la técnica de análisis de contenido, lo cual permitió la identificación de patrones, significados y relaciones presentes en los discursos de los participantes.

Se utilizó el software ATLAS.ti para el procesamiento y la organización de los datos, herramienta que facilitó la sistematización y trazabilidad del proceso analítico. A partir de la codificación de las unidades de significado emergentes, se conformó un sistema compuesto por 13 códigos agrupados en cuatro dimensiones analíticas: Acceso y Gestión de Servicios, Apoyo Social y Acompañamiento, Bienestar, Modelo y Propuestas. Este procedimiento permitió pasar de la descripción de los testimonios a la construcción de categorías interpretativas que expliquen la realidad estudiada.

En el marco del análisis se revisaron las frecuencias de enraizamiento y los porcentajes relativos de los códigos identificados, con el fin de reconocer la relevancia y recurrencia de los temas planteados por los participantes. En total, se analizaron 196 citas directas, constituyendo la base empírica para la interpretación de los hallazgos. También se utilizó el análisis de redes

semánticas, con el fin de identificar las relaciones de asociación, complementación y dependencia entre las categorías emergentes, permitiendo comprender integralmente la estructura de los discursos y las dinámicas que inciden en la atención de los adultos mayores. El proceso permitió afianzar la rigurosidad metodológica y posibilitó la trazabilidad de los resultados desde las narrativas originales hasta la construcción de las conclusiones del estudio.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados son producto del análisis de contenido realizado con la información recolectada a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales. En el transcurso del proceso de codificación y categorización que se llevó a cabo en ATLAS.ti se identificaron patrones discursivos que permitieron agrupar los hallazgos en cuatro dimensiones analíticas: Acceso y Gestión de Servicios, Apoyo Social y Acompañamiento, Bienestar, Modelo y Propuestas. La Tabla 1 muestra el sistema de codificación utilizado y la distribución de frecuencias de los códigos emergentes, lo que permite evidenciar los temas de mayor relevancia dentro de las narrativas de los participantes.

Tabla 1.

Sistema de codificación, dimensiones y frecuencias de enraizamiento

Dimensión	Código ATLAS.ti	Enraizamiento (n)	% Relativo*
Acceso y Gestión de Servicios (ACC)	ACC-Déficit atención médica	20	10.2%
Acceso y Gestión de Servicios (ACC)	ACC-Proyectos GAD	20	10.2%
Acceso y Gestión de Servicios (ACC)	ACC-Barreras geográficas	11	5.6%
Acceso y Gestión de Servicios (ACC)	ACC-Falta insumos/medicinas	7	3.6%
Apoyo Social y Acompañamiento (APO)	APO-Red de apoyo familiar	17	8.7%
Apoyo Social y Acompañamiento (APO)	APO-Ausencia comunitaria/estatal	16	8.2%
Apoyo Social y Acompañamiento (APO)	APO-Visitas institucionales	14	7.1%
Bienestar (BIE)	BIE-Tranquilidad emocional	15	7.7%
Bienestar (BIE)	BIE-Deterioro de salud	11	5.6%
Bienestar (BIE)	BIE-Inseguridad del entorno	8	4.1%
Modelo y Propuestas (MOD)	MOD-Necesidad recursos	16	8.2%

Modelo y Propuestas (MOD)	MOD-Articulación interinstitucional y acceso a servicios	12	6.1%
Modelo y Propuestas (MOD)	MOD-Sensibilización comunitaria y familiar	9	4.6%
Total	13 códigos	196	100%

Fuente: Las Autoras

Nota: El porcentaje relativo, ayuda a los revisores a ver el peso de cada concepto en el discurso global.

La dimensión de Acceso y Gestión de Servicios (ACC), evidencia una marcada tensión estructural donde el ACC-Proyectos GAD (n=20) y ACC-Déficit atención médica (n= 20), estos datos demuestran que los esfuerzos del GAD por ayudar a los adultos mayores chocan directamente con la deficiente atención médica que estos reciben.

Esta problemática se ve agravada por factores logísticos y materiales, donde emergen las ACC-Barreras geográficas (n = 11) como un limitante crítico para el traslado de los usuarios, seguido por la ACC-Falta insumos/medicinas (n = 7) en los centros asistenciales.

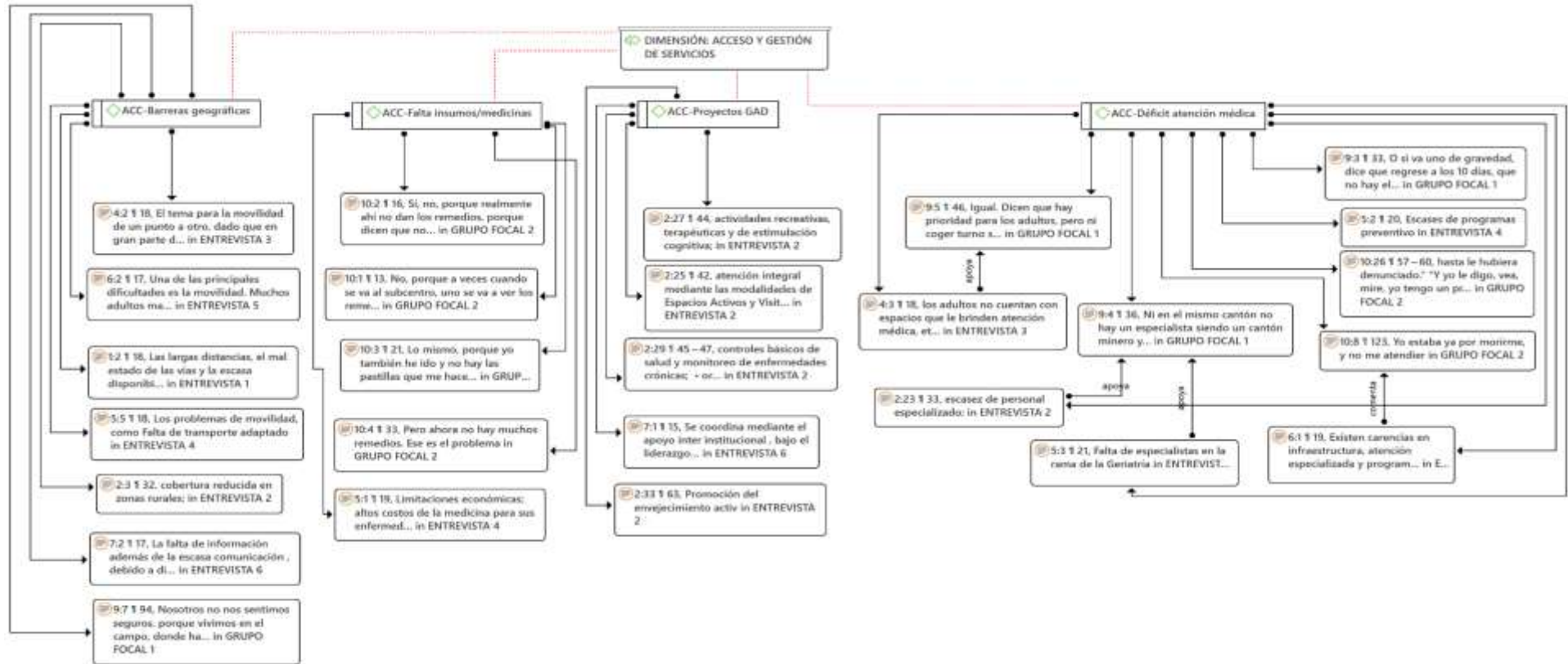
Respecto al Apoyo Social y Acompañamiento (APO), los datos reflejan que la principal fuente de contención descrita por los participantes es la APO-Red de apoyo familiar (n = 17), Sin embargo, este núcleo se vincula estrechamente con testimonios que acusan una APO-Ausencia comunitaria/estatal (n = 16) en la cotidianidad del cuidado, para mitigar este vacío, las APO-Visitas institucionales (n = 14) aparecen como una estrategia estatal para mantener el seguimiento directo en territorio.

En el plano de la calidad de vida, Bienestar (BIE) las percepciones de los participantes son que se priorizan la BIE-Tranquilidad emocional (n = 15) como el componente central del bienestar. Esta dimensión de salud mental y estabilidad se encuentra constantemente amenazada por condiciones tangibles como el BIE-Deterioro de salud (n = 11) crónico o propio de la edad, y por factores externos asociados a la BIE-Inseguridad del entorno (n = 8) en sus comunidades.

Finalmente, las proyecciones y soluciones MOD planteadas por los informantes convergen prioritariamente en la MOD-Necesidad recursos (n = 16), abarcando demandas presupuestarias, materiales y de personal. Los actores del estudio enfatizan que el éxito de los programas no depende de esfuerzos aislados, sino de una MOD-Articulación interinstitucional y acceso a servicios (n = 12) más eficiente. Como complemento, se resalta la urgencia de diseñar estrategias de MOD-Sensibilización comunitaria y familiar (n = 9) para revalorizar el rol de este grupo prioritario y evitar el abandono.

Figura 1.

Red semántica de la dimensión Acceso y Gestión de Servicios en la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad.



Fuente: Las Autoras

Nota: Los textos entrecomillados y en cursiva provienen de las entrevistas e informes (Entrevista 1, 2, 3, Grupo Focal 1, 2).

La red semántica para la dimensión de Acceso y Gestión de Servicios revela una estructura del discurso compuesta por cuatro códigos interconectados, ACC-Proyectos GAD, ACC-Déficit atención médica, ACC-Barreras geográficas y ACC-Falta insumos/medicinas.

De manera positiva la ejecución de ACC-Proyectos GAD, caracterizados por la implementación de "actividades recreativas, terapéuticas y de estimulación cognitiva" desarrolladas bajo "modalidades de Espacios Activos y Visitas" territoriales. Estos esfuerzos se sostienen mediante un modelo de gestión basado en el "apoyo interinstitucional, bajo el liderazgo [del GAD]".

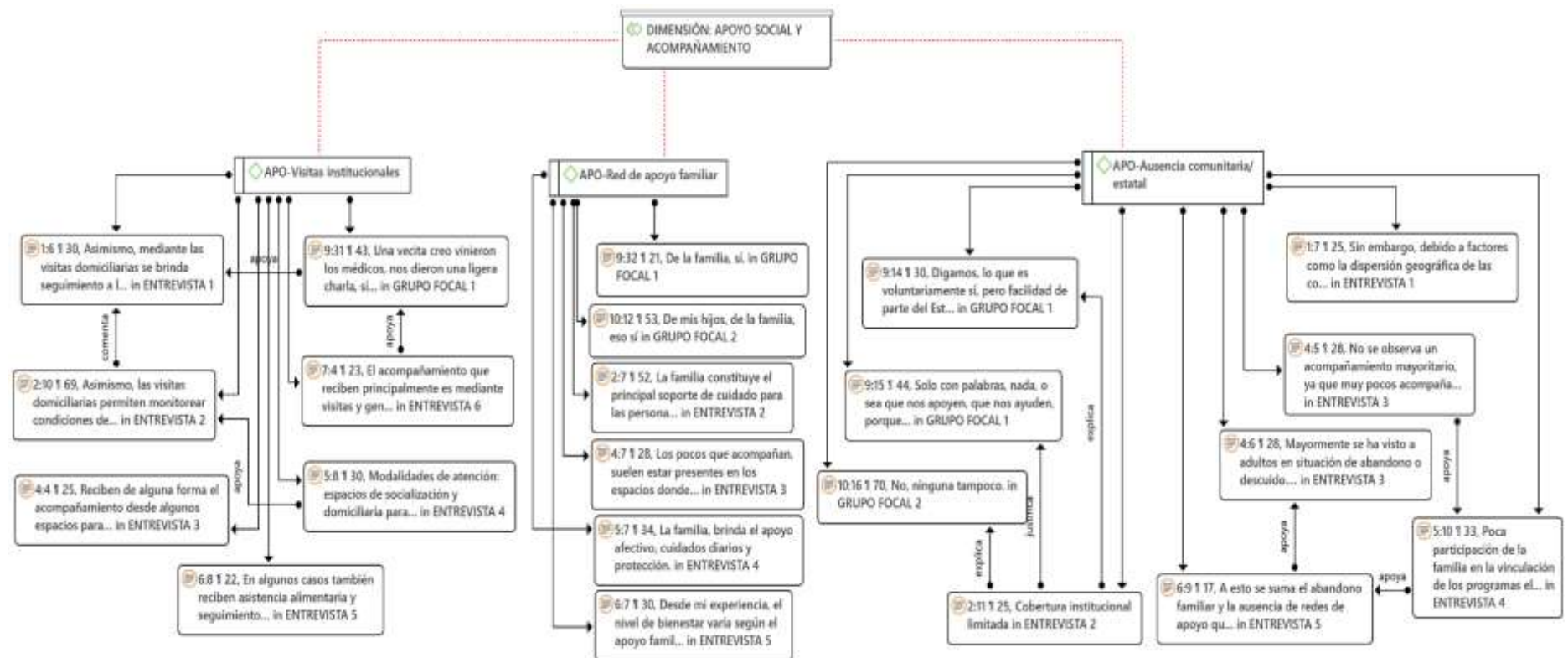
Sin embargo, esta oferta colisiona directamente con un marcado ACC-Déficit atención médica, donde los discursos de los adultos mayores y grupos focales denuncian de forma reiterada la saturación del sistema, manifestando que "dicen que hay prioridad para los adultos, pero ni coger turno se [puede]" o que, en casos críticos, la respuesta institucional es deficiente: "si va uno de gravedad, dice que regrese a los 10 días".

A esto se suman las ACC-Barreras geográficas, donde la movilidad se posiciona como uno de los desafíos más complejos debido a "las largas distancias, el mal estado de las vías y la escasa disponibilidad [de transporte]", lo que se traduce en una "cobertura reducida en zonas rurales". Esta exclusión geográfica impacta en la percepción de seguridad de los usuarios, quienes afirman: "Nosotros no nos sentimos seguros, porque vivimos en el campo".

De igual forma a través del código ACC-Falta insumos/medicinas, los testimonios muestran que la atención médica formal pierde efectividad debido a la falta de tratamientos: "cuando se va al subcentro, uno se va a ver los remedios y no hay", obligando a los usuarios a enfrentar "altos costos de la medicina para sus enfermedades" mediante recursos propios que muchas veces no poseen.

Figura 2.

Red semántica de la dimensión Apoyo Social y Acompañamiento en la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad.



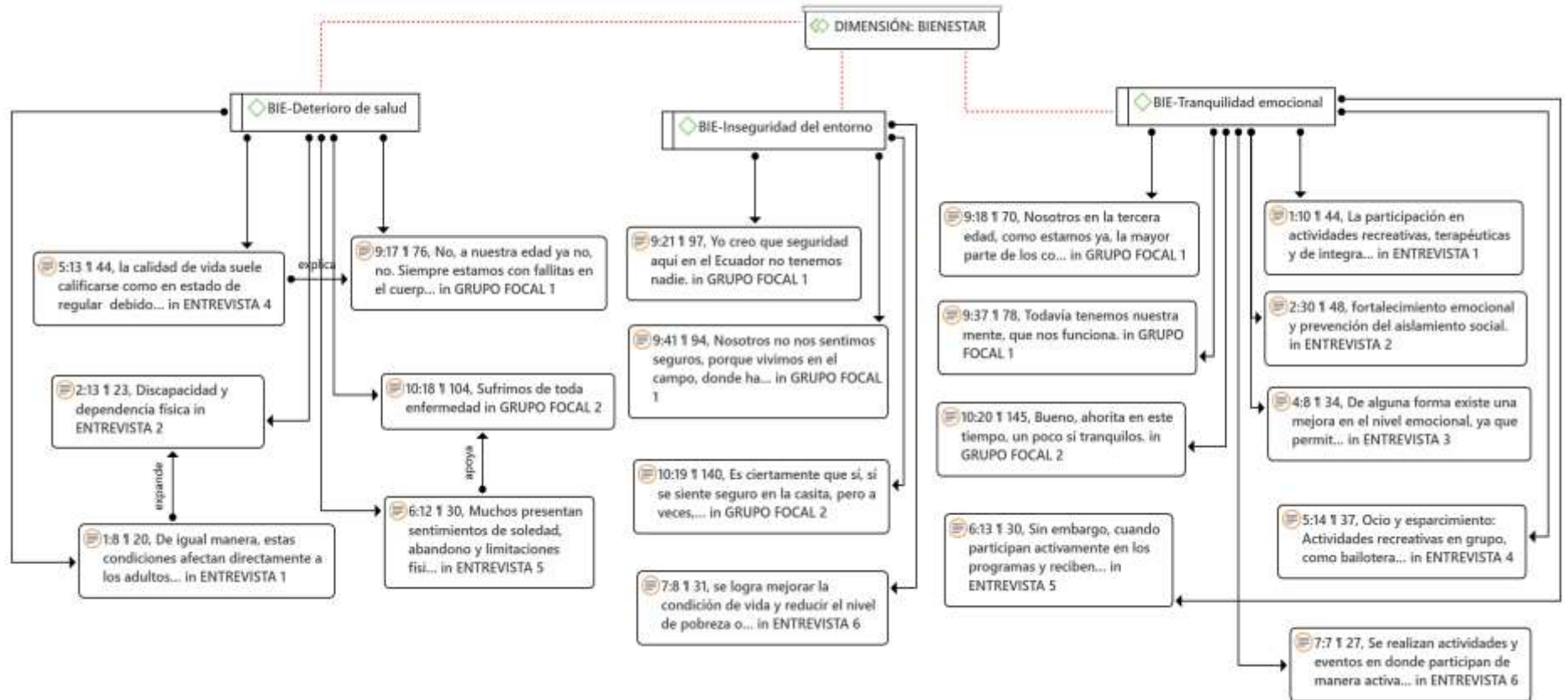
El código APO-Visitas institucionales agrupa los discursos referentes al seguimiento directo que despliegan los programas de asistencia en el territorio. Se identifica que las "visitas domiciliarias" operan como el eje operativo prioritario, orientadas a "brindar seguimiento" y "monitorear condiciones de [vida/salud]" de los usuarios. Esta modalidad combina "espacios de socialización y domiciliaria" con acciones integrales concretas, donde los participantes reportan que "en algunos casos también reciben asistencia alimentaria y seguimiento", así como brigadas de salud específicas donde "vinieron los médicos, nos dieron una ligera charla". Los hallazgos confirman que "el acompañamiento que reciben principalmente es mediante visitas y generación de espacios activos]".

Por otra parte, el APO-Red de apoyo familiar se presenta como una estructura fundamental pero altamente condicionada. Los testimonios reafirman que, de manera ideal, "la familia constituye el principal soporte de cuidado ", siendo responsable de proveer "apoyo afectivo, cuidados diarios y protección". No obstante, la red semántica expone que este apoyo es heterogéneo y que "el nivel de bienestar varía según el apoyo familiar". En los casos donde la red es activa, los informantes validan la presencia filial afirmando: "de la familia, sí" o "de mis hijos, de la familia, eso sí"; sin embargo, se advierte que incluso en contextos participativos, "los pocos que acompañan, suelen estar presentes únicamente en los espacios donde se realizan actividades".

La precariedad de los soportes anteriores se conecta directamente con el código APO-Ausencia comunitaria/estatal donde la red demuestra que la percepción de abandono institucional está fuertemente explicada ("explica/justifica") por una "cobertura institucional limitada", lo que lleva a los adultos mayores a manifestar desilusión frente al Estado: "solo con palabras, nada, o sea que nos apoyen, que nos ayuden..." o aseverar drásticamente "no, ninguna tampoco". Esta ausencia gubernamental es agravada por "factores como la dispersión geográfica de las comunidades". Esta desprotección se entrelaza con una fractura en el tejido familiar, los resultados advierten una "poca participación de la familia en la vinculación de los programas", lo que deriva directamente en escenarios críticos descritos por los informantes como "abandono familiar y la ausencia de redes de apoyo". Como consecuencia, el diagnóstico comunitario concluye de forma contundente que "mayormente se ha visto a adultos en situación de abandono o descuido" y que, a nivel general, "no se observa un acompañamiento mayoritario, ya que muy pocos acompañan".

Figura 3.

Red semántica de la dimensión Bienestar: deterioro de salud, inseguridad del entorno y tranquilidad emocional.



Fuente: Las Autoras

El análisis relacional de la red de BIE-Deterioro de salud agrupa las percepciones sobre la pérdida progresiva de las facultades físicas y biológicas. Los informantes señalan que, en la vejez, la salud se convierte en una preocupación constante, afirmando que "a nuestra edad ya no, no. Siempre estamos con fallitas en el cuerpo" y llegando a sintetizar su situación bajo la premisa de que "sufrimos de toda enfermedad", estas condiciones biológicas crónicas impactan directamente en la autonomía, traduciéndose en situaciones de "discapacidad y dependencia física".

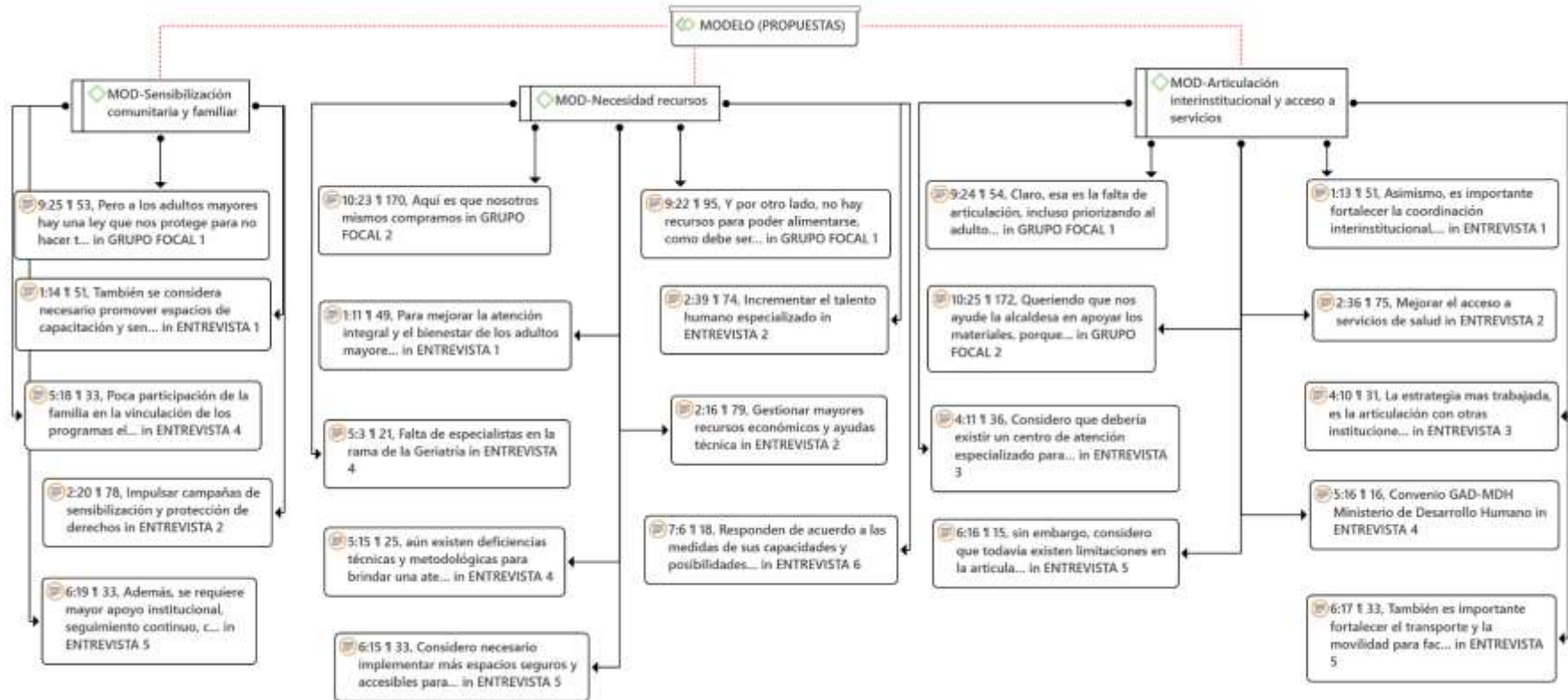
La red semántica demuestra que estas limitaciones fisiológicas "afectan directamente a los adultos" y reconfiguran su autopercepción, provocando que "la calidad de vida suele calificarse como en estado de regular", asimismo, el modelo revela que las afecciones del cuerpo trascienden al plano psicosocial, puesto que "muchos presentan sentimientos de soledad, abandono y limitaciones fisiológicas".

El bienestar se encuentra fuertemente condicionado por factores contextuales externos descritos en el código BIE-Inseguridad del entorno, las narrativas reflejan una profunda preocupación por el panorama macro de seguridad, manifestando abiertamente: "Yo creo que seguridad aquí en el Ecuador no tenemos nadie". Frente a la hostilidad exterior, el hogar aparece como el último refugio de protección, aunque condicionado por la incertidumbre, tal como indica un participante: "sí se siente seguro en la casita, pero a veces no". A pesar de este panorama, los datos sugieren que la intervención del programa de atención integral actúa como un factor de mitigación socioeconómica, dado que a través de este "se logra mejorar la condición de vida y reducir el nivel de pobreza o pobreza extrema".

Como contrapeso a las dimensiones de deterioro físico e inseguridad ambiental, el código BIE-Tranquilidad emocional refleja que los adultos mayores defienden activamente su capacidad cognitiva y autonomía mental, expresando con orgullo: "Todavía tenemos nuestra mente, que nos funciona" este bienestar psicológico se describe actualmente en términos de relativa paz, señalando que "ahorita en este tiempo, un poco sí tranquilos". Esta estabilidad emocional está vinculada al activismo institucional, mediante el acceso a dinámicas de "ocio y esparcimiento: Actividades recreativas en grupo, como bailoterapia", los informantes destacan una notable "mejora en el nivel emocional" y el "fortalecimiento emocional y prevención del aislamiento social" como impactos directos de la interven

Figura 4.

Red semántica de la dimensión Modelo y Propuestas para la atención integral de adultos mayores en situación de vulnerabilidad.



Fuente: Las Autoras

El análisis del código MOD-Necesidad recursos evidencia que la gestión actual se encuentra limitada, reconociendo que las instituciones "responden de acuerdo a las medidas de sus capacidades y posibilidades". Para revertir este escenario y "mejorar la atención integral y el bienestar de los adultos mayores", los informantes proponen de manera directa "gestionar mayores recursos económicos y ayudas técnicas".

Esta demanda presupuestaria se justifica, reportándose que "no hay recursos para poder alimentarse, como debe ser" o denunciando situaciones de desamparo clínico donde los usuarios asumen los costos directos: "Aquí es que nosotros mismos compramos". Asimismo, la identifica la urgencia de superar el déficit profesional y las "deficiencias técnicas y metodológicas para brindar una atención" de calidad. Para ello, se plantea "incrementar el talento humano especializado" con el fin de mitigar la urgente "falta de especialistas en la rama de la Geriatría", además de la propuesta de "implementar más espacios seguros y accesibles" para el resguardo de este grupo de atención prioritaria.

El diseño de un modelo eficiente se vincula estrechamente con el código MOD-Articulación interinstitucional y acceso a servicios, donde los participantes identifican que "la estrategia más trabajada, es la articulación con otras instituciones", reconociendo hitos de cooperación formal como el "Convenio GAD-MDH Ministerio de Desarrollo Humano". Sin embargo, la red semántica expone que el modelo actual padece de fallas de coordinación, advirtiendo que "todavía existen limitaciones en la articulación" y manifestando que de forma explícita se percibe una "falta de articulación, incluso priorizando al adulto mayor".

Frente a este diagnóstico, las propuestas se dirigen firmemente a "fortalecer la coordinación interinstitucional" como mecanismo clave para "mejorar el acceso a servicios de salud". En términos de infraestructura y descentralización, los discursos proyectan que "debería existir un centro de atención especializado para el adulto mayor", solicitando paralelamente apoyo político directo de las autoridades locales: "queriendo que nos ayude la alcaldesa en apoyar los materiales". Finalmente, la articulación del modelo incluye demandas logísticas de conectividad territorial, enfatizando que "también es importante fortalecer el transporte y la movilidad para facilitar el acceso".

Por último, el código MOD-Sensibilización comunitaria y familiar atiende la necesidad de reconstruir el tejido social y de soporte que rodea al adulto mayor, y los hallazgos del estudio identifican una base de desapego caracterizado por la "poca participación de la familia en la vinculación de los programas". Aunque los participantes reconocen la existencia de un marco legal de amparo, señalando que "a los adultos mayores hay una ley que nos protege para no hacer trabajos pesados/maltrato", la red cualitativa sugiere que la normativa jurídica es insuficiente sin un cambio cultural.

En consecuencia, el modelo propuesto exige un fuerte componente socioeducativo

orientado a "promover espacios de capacitación y sensibilización". Los informantes concluyen que la sostenibilidad del bienestar a largo plazo depende de la capacidad del Estado y la sociedad para "impulsar campañas de sensibilización y protección de derechos", un esfuerzo que debe complementarse de manera permanente con un "mayor apoyo institucional y seguimiento continuo".

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que la atención integral de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad continúa teniendo limitaciones relacionadas con el acceso a los servicios, la disponibilidad de recursos, la cobertura institucional y la coordinación entre los actores involucrados. Estos resultados coinciden con investigaciones recientes que señalan que los sistemas de atención a personas mayores tienen dificultades para dar una respuesta integral a las necesidades derivadas del envejecimiento, especialmente en contextos marcados por limitaciones económicas, falta de personal especializado y fragmentación institucional.

En este sentido, Chrifou et al. (2023) argumentan que la gobernanza de la atención geriátrica necesita mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional y colaboración entre múltiples organizaciones para asegurar una respuesta articulada a las necesidades de esta población. Asimismo, Wilfling et al. (2023) resaltan que la atención de largo plazo a personas mayores depende de enfoques interprofesionales que faciliten la integración de servicios y el cuidado compartido.

Asimismo, los participantes del estudio identificaron la necesidad de reforzar la articulación entre instituciones públicas, organizaciones comunitarias y redes familiares como una estrategia fundamental para mejorar el acceso a servicios de salud, apoyo social y acompañamiento. Estos resultados corroboran la pertinencia de los modelos colaborativos como alternativas para optimizar la atención integral de los adultos mayores, particularmente en territorios con capacidades institucionales limitadas. En concordancia con ello, estudios recientes realizados en América Latina señalan que los enfoques multidimensionales e interdisciplinarios permiten abordar de forma más efectiva los factores que inciden en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores, promoviendo intervenciones integrales y sostenibles.

Por otra parte, los hallazgos relacionados con el apoyo social, la participación familiar y la sensibilidad comunitaria indican que el bienestar de los adultos mayores no depende únicamente de la atención sanitaria, sino también de redes de apoyo que faciliten la inclusión social y reduzcan situaciones de aislamiento y vulnerabilidad. En este sentido, Barghouth y cols. (2024) señalan que el apoyo social constituye un factor protector frente a los procesos de fragilidad y deterioro asociados al envejecimiento. De igual manera, Li y Cai (2024) constatan que la participación social y comunitaria potencia el envejecimiento saludable al generar

espacios de integración, reconocimiento y apoyo emocional a las personas mayores

Por último, los resultados permiten concluir que la construcción de un modelo de gestión colaborativa requiere no solo recursos económicos y fortalecimiento institucional, sino también procesos permanentes de sensibilización social y corresponsabilidad comunitaria. La evidencia recopilada muestra que para promover condiciones de envejecimiento digno, inclusión social y mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, es esencial la participación activa de las familias, organizaciones locales e instituciones públicas. Por lo tanto, los resultados ratifican la urgencia de impulsar estrategias integrales que conjuguen acciones en materia de salud, protección social, participación comunitaria y fortalecimiento de redes de apoyo, asegurando una atención centrada en las verdaderas necesidades de esta población.

CONCLUSIONES

Se determinó que los problemas principales respecto de la atención integral de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad tienen que ver con el acceso y la gestión de los servicios. Los códigos más frecuentes fueron ACC-Déficit atención médica (n=20; 10,2%) y ACC-Proyectos GAD (n=20; 10,2%), lo cual evidencia una contradicción entre los esfuerzos institucionales desarrollados y las limitaciones existentes en la atención sanitaria. También, las barreras geográficas (n=11; 5,6%) y la falta de insumos y medicamentos (n=7; 3,6%) siguen limitando el acceso oportuno a los servicios que esta población requiere.

Las percepciones y vivencias de los participantes, hacen referencia que el apoyo familiar es el principal mecanismo de acompañamiento para los adultos mayores, representado en el código APO-Red de apoyo familiar (n=17; 8,7%). Sin embargo, también surgió una importante sensación de abandono vinculada a la APO-Ausencia comunitaria/estatal (n=16; 8,2%), lo que se ve reforzado por la necesidad de intensificar las visitas institucionales (n=14; 7,1%). En lo referente al bienestar, la Tranquilidad emocional (n=15; 7,7%) fue señalada como un elemento que contribuye a la calidad de vida, aunque está afectada por el Deterioro de la salud (n=11; 5,6%) y la Inseguridad del entorno (n=8; 4,1%).

En definitiva, se decidió que para el diseño de un modelo de gestión colaborativo se debe priorizar la gestión de recursos, la coordinación interinstitucional y la sensibilización social. Los resultados demuestran que la MOD-Necesidad de recursos tuvo una frecuencia de 16 citas (8,2%), seguida de la MOD-Articulación interinstitucional y acceso a servicios con 12 citas (6,1%) y la MOD-Sensibilización comunitaria y familiar con 9 citas (4,6%). Estos resultados evidencian que la atención integral de los adultos mayores puede ser fortalecida mediante estrategias colaborativas que incluyan a instituciones públicas, organizaciones comunitarias y familias, lo que favorece una respuesta más eficiente y sostenible frente a las necesidades identificadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anangonó, P. (2023). *Políticas públicas y envejecimiento en Ecuador*. Revista de Estudios Sociales, 18(2), 45–60.
- Barghouth, M. H., Klein, J., Bothe, T., Ebert, N., Schaeffner, E., & Mielke, N. (2024). *Social support and frailty progression in community-dwelling older adults*. Frontiers in Public Health, 12, Article 1408641. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408641>
- Chrifou, R., Stalenhoef, H., Grit, K., & Braspenning, J. (2023). *Struggling with the governance of interprofessional elderly care in mandated collaboratives: A qualitative study*. BMC Health Services Research, 23(1), Article 26. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09026-1>
- Darío, M., & Coral, L. (2024). *Apoyo familiar y bienestar del adulto mayor en el cantón Yantzaza*. Revista Gerontológica Latinoamericana, 12(1), 55–70.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Estadísticas poblacionales del Ecuador 2023*. INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Jamileth, R., & Mendoza, P. (2025a). *Barreras estructurales para la atención integrada de adultos mayores en América Latina*. Revista Latinoamericana de Salud Pública, 20(3), 88–102.
- Li, J., Cai, X., & Wamsiedel, M. (2024). *Perceptions, opportunities and barriers of social engagement among the Chinese older adults: A qualitative study*. BMC Geriatrics, 24(1), Article 1033. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05629-3>
- López, A., & Pérez, M. (2023). *Participación comunitaria y bienestar social*. Revista Gestión y Sociedad, 15(3), 50–67.
- Miñan, J. (2023). *Metodología de investigación aplicada a las ciencias sociales*. Editorial Académica.
- Morales, J. (2024). *Modelos de atención integral para personas mayores*. Editorial Científica.
- Organización de las Naciones Unidas. (2021). *Década del envejecimiento saludable 2021–2030*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paredes, F., Gómez, R., & Vera, S. (2025a). *Nuevos modelos de cuidado para adultos mayores en América Latina*. Revista Iberoamericana de Gerontología, 9(1), 22–39.
- Paredes, F., Gómez, R., & Vera, S. (2025b). *Participación social y envejecimiento activo*. Revista de Desarrollo Humano, 14(2), 77–91.
- Ramírez, D. (2024). *Gestión colaborativa y atención social comunitaria*. Editorial Universitaria.
- Regato, C., Torres, J., & Medina, A. (2023). *Cobertura y atención a personas mayores en servicios locales*. Revista Andina de Ciencias Sociales, 11(4), 101–118.

- Sánchez, R. (2022). *Coordinación interinstitucional en programas sociales*. Revista Administración Pública, 13(1), 40–58.
- Vega, H. (2022). *Vulnerabilidad social y adultos mayores en contextos rurales*. Revista Social y Territorio, 7(2), 66–81.
- Villatoro, F., Vergara, I., Morales, C., Sáez, M., Fernández, E., et al. (2021). *Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores*. Revista Médica de Chile, 149(7), 1034–1042. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000701034>
- Wilfling, D., Budke, J., Warkentin, N., Hummers-Pradier, E., Dreier-Wolfgramm, A., & Goetz, K. (2023). *Experiences with long-term care for geriatric patients by an interprofessional outpatient care approach: A qualitative study*. BMC Geriatrics, 23(1), Article 102. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03809-1>

CONFLICTO DE INTERÉS:

Los autores declaran que no existen conflicto de interés posibles.

FINANCIAMIENTO

No existió asistencia de financiamiento de parte de pares externos al presente artículo.

NOTA:

El artículo no es producto de una publicación anterior